PIELĘGNIARKA
polska



W ramach zobowiązań 1-majowych uczennice Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Białymstoku porządkują dziedziniec przed Szkołą.

Rok 6 (XVII)
1953

Nr. 5
MAJ

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

PSZ

TREŚĆ

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Maj 1953 Nr 5

1 MAJ

„BRACIA robotnicy polscy! Na całym świecie 1 Maja ustanie warczenie maszyn, zgaśnie ogień pod kotłem parowym... Fabrykanci z nieczystym sumieniem pochowają się w mysie dziury, a robotnicy pośpieszą na zebrania, gdzie będą się naradzać nad środkami do wywalczenia ostatecznego zwycięstwa, przejęcia fabryk i ziemi na wspólną własność ludu pracującego. I my nie możemy się przyglądać tylko z daleka walce naszych towarzyszy zagranicą. I u nas nie przejdzie dzień ten na próżno. Wstyd tym, co będą się ociągali z podaniem dłoni do wspólnego braterskiego uścisku zjednoczonych robotników całego świata. Wystąpimy zgodnie, śmiało, bracia, wszyscy razem".

Tak brzmiała odezwa II Proletariatu, skierowana w przeddzień majowego święta 63 lata temu do polskich mas robotniczych. Ówczesna — pierwsza w Warszawie — demonstracja pierwszomajowa w 1890 roku dała świadectwo wzrostu rewolucyjnej świadomości polskiego robotnika i podkreśliła międzynarodową solidarność walki wyzyskiwanych mas pracujących o sprawiedliwość społeczną, o wyzwolenie narodowe, o socjalizm.

Żyją jeszcze świadkowie, tamtejszych dni, nieliczni już co prawda ludzie, którzy świętowali 1 Maja w czasie, gdy samo wyjście na ulicę było narażeniem się na niebezpieczeństwo, w okresie rozbiorów, w dobie ponurego panowania sanacyjnego knuta reakcyjnych pułkowników, w czasie głuchej nocy okupacyjnej, a dziś świętują dzień ten w wolnej, odrodzonej Polsce, Polsce Ludowej, idącej ku socjalizmowi.

DOKONAJMY krótkiego przeglądu świąt pierwszomajowych w naszej odrodzonej Ojczyźnie Ludowej.

1 Maja 1945 roku obchodziliśmy w przeddzień ostatecznego zwycięstwa nad niemieckim faszyzmem, na progu nowej epoki naszych dziejów, kiedy wracała do życia umęczona hitlerowskim jarzmem Polska bez obszarnika, bez wyzyskiwacza-kapitalisty, bez ich politycznego sługusa, ciemiężącego masy ludowe.

Pierwszomajowe święto 1946 roku, obchodzone już w kraju wyzwolonym przez Armię Radziecką i Wojsko Polskie było próbą mobilizacji sił świata pracy do walki ze zbrodniarzami podejmującymi na nowo atak reakcji przeciwko zdobyczom mas ludowych. Był to Maj poprzedzający referendum, które stało się zwycięską bitwą, wydaną wrogom Ludowego Państwa, skupionym w mikołajczykowskim PSL. „Polska jeszcze nie widziała takiego 1 Maja" — pisały wówczas pisma. Było to bowiem święto całego narodu skupionego dokoła swej przodującej klasy robotniczej, święto jedności robotniczej, jedności mas pracujących.

1 Maj 1948 roku — to maj konsekwentnego marszu PPR i PPS ku całkowitej jedności. To maj pod znakiem zbliżającego się Kongresu Zjednoczeniowego, podobnie jak pierwszomajowe święto następnego 1949 roku było świętem całkowitego zjednoczenia polskiej klasy robotniczej pod sztandarem marksizmu-leninizmu, pod kierownictwem Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej. Nigdy jeszcze polska klasa robotnicza nie miała takiej siły, takiego wpływu i autorytetu w naro-

dzie, jak teraz kiedy zwyciężyła jedność organiczna. O jedność tę walczył proletariat polski przez długie dziesięciolecia. Na szlaku tej walki zahartował swój bojowy światopogląd i niezłomną postawę rewolucyjną.

1 Maj 1950 roku, sześćdziesiąty raz mobilizujący masy robotnicze świata, stał się demonstracją nie tylko wielkich osiągnięć, ale i wkroczenia w Plan 6-letni — Plan budowy zrębów socjalizmu w naszej Ojczyźnie.

1 Maj 1951 roku — to święto pogotowia mas pracujących w obronie pokoju, to potężne stwierdzenie niezłomnej woli miłujących wolność i pokój narodów, które podjęły wskazania Stalina i „wzięły sprawę obrony pokoju w swoje ręce".

Zeszłoroczne święto pierwszomajowe stało się z kolei zasadniczym momentem akcentującym jedność narodu i klasy robotniczej, od tego bowiem dnia 1 Maj zgodnie z uchwałą sejmową stał się świętem narodowym.

Święto majowe bieżącego roku obchodzimy w głębokim smutku po stracie genialnego Wodza i Nauczyciela mas pracujących całego świata, Józefa Stalina. Z myślą o Nim uroczyście świętować będziemy ten dzień, z wiarą w zwycięstwo mas ludowych, zwycięstwo pokoju nad wojną, zwycięstwo naszego budownictwa socjalistycznego, zwycięstwo w walce o nowego człowieka w nowej, odradzającej się i rozkwitającej coraz wspanialej — Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

W swoim referacie na VIII Plenum Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej Bolesław Bierut mówił:

„Czynimy wszystko dla nieustannego wzmocnienia sił obozu pokoju, demokracji i socjalizmu, formujemy coraz liczniejsze i coraz bardziej zwarte szeregi obrońców pokoju, kroczymy godnie i zdecydowanie na czele naszego Frontu Narodowego w walce o pokój i Plan 6-letni!"

To wezwanie, zwrócone do członków Partii jest jednocześnie apelem do każdego uczciwego człowieka, na każdym posterunku robotniczym w Polsce Ludowej. Jest to apel, pod znakiem którego rozpoczynając święto pierwszomajowe wkraczamy na drogę ostatecznego zwycięstwa w wielkiej bitwie o Pokój i Socjalizm.

Dr ROMAN KORDECKI

ZAGADNIENIA NAUKI I. P. PAWŁOWA

Na XV Międzynarodowym Kongresie Fizjologów w r. 1936 w Moskwie cały świat naukowy złożył hołd *Pawłowowi* jeszcze za jego życia, nadając mu tytuł „princeps fisiologorum mundi". *Pawłow* był nie tylko pierwszym wśród fizjologów świata. Stworzona przez niego nauka o wyższych czynościach nerwowych zajęła pierwsze miejsce wśród nauk przyrodniczych, stała się drogowskazem we wszelkich badaniach nie tylko w medycynie, ale i w innych gałęziach nauk przyrodniczych.

Do czasów *Pawłowa* w badaniach fizjologicznych posługiwano się doświadczeniem ostrym, tzw. wiwisekcją: badane zwierzę znajdowało się w stanie uśpienia (narkoza) i w tym czasie badano czynność jakiegoś narządu przez bezpośrednie drażnienie, lub też po usunięciu jednego z narządów obserwowano zmiany zachodzące w innych narządach. Doświadczenia te przebiegały najczęściej w warunkach nienaturalnych, niefizjologicznych, w takich jakie nie zdarzają się w normalnym życiu danego osobnika. Bodźce stosowane dla doświadczeń, były bodźcami niespecyficznymi dla wywołania czynności danego narządu, jak np. drażnienie prądem elektrycznym. Wiwisekcja była zazwyczaj metodą czysto analityczną, która pozwalała na badanie tylko jednego narządu w oderwaniu od narządów i całości ustroju. Nie zwracano przy tym uwagi, że organizm jest całością i że drażnienie jednego narządu zmienia czynność całego ustroju. Zaobserwowanie jed-

nak takich zmian ustroju w czasie doświadczenia ostrego jest bardzo trudne.

Otóż *Pawłow* pierwszy wprowadził do badań fizjologicznych metodę doświadczenia chronicznego. Polega ona na tym, że u zwierzęcia doświadczalnego dokonuje się też odpowiedniej operacji, która pozwala na badanie funkcji jakiegoś narządu w środowisku normalnym dla danego ustroju. Badanie funkcji jakiegoś narządu odbywa się przy zachowaniu pełni zdrowia zwierzęcia. Bodźce stosowane przy tych doświadczeniach są bodźcami naturalnymi, specyficznymi dla danego narządu. Dzięki tej metodzie możliwe jest badanie czynności danego narządu w łączności z innymi narządami ustroju oraz powiązanie z całością ustroju i otaczającym go środowiskiem.

NAUKA *Pawłowa* bardzo ściśle wiąże się z życiem. Doświadczalne badania naukowe z zakresu fizjologii stały się podstawą nowych sposobów badań i postępowania klinicznego. Osiągnięcia fizjologii *Pawłowa* zmieniły z ogromną korzyścią podejście do człowieka chorego i umożliwiły zastosowanie szeregu nowych metod leczniczych. Dzięki nauce *Pawłowa* wyjaśniły się liczne zagadnienia z zakresu rozmaitych innych dziedzin wiedzy, zmienił się sposób ich interpretowania i rozwiązywania.

Nowe, własne tezy z dziedziny fizjologii poparł *Pawłow* olbrzymim materiałem dowodowym i stworzył w ten sposób — prawdziwie materialistyczną naukę. Podobnie w sposób doświadczalny, poparty konkretnymi dowodami, *Pawłow* uzasadnił tezę filozofii marksistowskiej, że „myślenie jest wytworem materii, która w swoim rozwoju osiągnęła wysoki stopień doskonałości, a mianowicie wytworem mózgu". Dowiódł on: 1) że mózg jest narządem najdoskonalszego przystosowania się do środowiska zewnętrznego, 2) że kora mózgowa wykazuje ściśle określoną czynność odruchową, 3) że kora mózgowa jest narządem nadrzędnym, mózg reguluje czynności wszystkich narządów wewnętrznych.

Pawłow dowiódł doświadczalnie, że wyższa czynność nerwowa zależy od warunków życia danego ustroju, że jest zbiorem najróżnorodniejszych odruchów warunkowych, które powstają pod wpływem bodźców z otaczającego środowiska. Wszystkie zjawiska życiowe zachodzące w ustroju rozpatrywał *Pawłow* z punktu widzenia materializmu dialektycznego, gdyż uwzględniał jedność i współzależność różnych części jakiegoś narządu oraz jedność tego narządu z całym ustrojem i otaczającym go środowiskiem. Wszystkie zjawiska fizjologiczne rozpatrywał w ciągłym ruchu.

Przechodzenie odruchów warunkowych w bezwarunkowe w procesie filogenezy tłumaczył jako przechodzenie skokami zmian ilościowych w jakościowe. Przykładem ilustrującym wewnętrzne sprzeczności i walkę, które warunkują przejście zmian ilościowych w jakościowe może być przeciwstawność procesów pobudzenia i hamowania oraz ich jedność.

Pawłow nie tylko był materialistą w swoich badaniach naukowych, ale czynnie walczył z wszelkimi przejawami idealizmu i reakcyjnymi poglądami w nauce. W krytyce naukowej występował ostro m. i. przeciw poglądom znanego fizjologa angielskiego *Sheringtona*, który zajmował w fizjologii stanowisko dualistyczne, uważając, że człowiek składa się z dwóch części — duszy i ciała i że w związku z tym nie ma jakoby zależności między umysłem a mózgiem.

STANOWISKO *Pawłowa* było dość wcześnie znane w świecie naukowym, jednak poglądy jego nie mogły się przyjąć ani w Anglii ani w innych krajach kapitalistycznych, ponieważ nauka jego była ściśle materialistyczna, nie uznająca rozdziału między duchem a materią. *Pawłow* twierdził i popierał doświadczenie, że myśl jest wytworem odpowiedniej masy mózgu znajdującej się w określonym stanie fizjologicznym.

O stosunkach panujących w Anglii i o nauce pozostającej w służbie ustroju kapitalistycznego świadczy znamienna wypowiedź *Sheringtona*, który zwrócił się do *Pawłowa* w czasie jego pobytu w Anglii: „Wie Pan, pańskie odruchy warunkowe nie będą mieć w Anglii powodzenia, gdyż pachną materializmem". Wypowiedź ta bardzo wymownie ilustruje tzw. obiektywizm naukowców-idealistów.

Działalność naukową *Pawłowa* można podzielić na trzy okresy. W pierwszym okresie swej twórczości naukowej zajmował się głównie fizjologią krążenia, a mianowicie działaniem nerwów dośrodkowych na serce. W pracy tej odkrył rzecz bardzo ważną, że nerwy — oprócz pobudzenia tkanek i regulacji zaopatrzenia ich w krew — mają działanie odżywcze — troficzne.

W drugim okresie pracy naukowej *Pawłow* zajmował się fizjologią gruczołów trawiennych. Zagadnieniu temu poświęcił 20 lat swego życia. Cóż nowego wniósł *Pawłow* do tej dziedziny? Otóż do czasu badań Pawłowa w tej dziedzinie posługiwano się prawie wyłącznie doświadczeniem ostrym i na skutek takiej metody badawczej wytworzono błędne pojęcie o normalnej funkcji gruczołów trawiennych. *Pawłow* wprowadził do badania narządu trawienia doświadczenie, oparte głównie na metodzie wykonywania różnego rodzaju przetok. Zwierzę z przetoką zachowywało pełnię zdrowia i mogło służyć do doświadczeń przez długie lata.

DLA zbadania funkcji trawienia obok przetoki żołądka zastosował *Pawłow* jeszcze przecięcie przełyku, którego oba końce wszyto w powłoki skórne. Otóż w czasie karmienią takiego psa („karmienie pozorne") pokarm nie dostawał się do żołądka, a mimo to w kilka minut po połknięciu pokarmu (który wypadał na zewnątrz) zaczynał obficie wydzielać się sok żołądkowy. Zjawisko to ustępowało z chwilą przecięcia na szyi zwierzęcia nerwów błędnych. W ten sposób dowiódł, że wydzielanie soku żołądkowego regulowane jest na drodze nerwowej.

Prócz tego *Pawłow* dowiódł, że skład wydzielanego soku oraz przebieg wydzielania zależą od ilości i jakości pokarmu. Uzasadnił to za pomocą specjalnej operacji polegającej na tworzeniu tzw. „małego żołądka". Zabieg ten polega na oddzieleniu części żołądka w fomie zamkniętej kieszonki, (przy zachowaniu normalnego unerwienia i ukrwienia), z której wyprowadza się przetokę na zewnątrz. W ten sposób możemy przez przetokę pobierać do badania z małego żołądka czysty sok żołądkowy, który wydziela się w czasie, kiedy pokarm dostaje się do pozostałej części żołądka. Według słów *Pawłowa* w ‚małym żołądku" odbija się jak w zwierciadle to wszystko, co przebiega w dużym. Na podstawie tych badań dowiódł *Pawłow*, że inny jest skład jakościowy i ilościowy przy spożywaniu mięsa, a inny przy karmieniu mlekiem lub chlebem. Za badania w zakresie trawienia otrzymał *Pawłow* w r. 1904 Międzynarodową Nagrodę Nobla. Była to pierwsza na świecie nagroda przyznana fizjologowi.

W trzecim okresie swej twórczości naukowej *Pawłow* zajmował się fizjologią ośrodkowego układu nerwowego. Zagadnieniu temu poświęcił 35 lat, był to najpłodniejszy okres jego życia. W tym czasie bowiem stworzył *Pawłow* całkowicie nowoczesną fizjologię mózgu. Na drodze doświadczalnej dowiódł, że czynność mózgu ma charakter odruchowy, że odruch warunkowy jest zasadniczym zjawiskiem fizjologicznym w normalnej funkcji kory mózgowej. *Pawłow* podzielił odruchy na warunkowe i bezwarunkowe, i doświadczalnie wykazał, że odruchy warunkowe — w odróżnieniu od bezwarunkowych — nie są wrodzone, lecz wytwarzają się w ciągu życia jednostki, cechuje je nietrwałość, są nadzwyczaj chwiejne, plastyczne, zależne od wahań środowiska otaczającego. *Pawłow* wyjaśnił także mechanizm powstawania odruchu warunkowego. Istotą tego mechanizmu jest równocześnie podrażnienie określonego miejsca kory mózgowej z podrażnieniem jakiegoś innego miejsca, dzięki czemu powstaje czasowe połączenie następstw tych bodźców. *Pawłow* wykazał, że w korze mózgowej przebiega proces p o b u d z e n i a i h a m o w a n i a, i że procesami tymi rządzi prawo p r o m i e n i o w a n i a i k o n c e n t r a c j i.

PAWŁOW dał nowy pogląd na budowę kory mózgowej i na umiejscowienie wszystkich czynności. Uważa on korę mózgową za zespół a n a l i z a t o r ó w, w których odbywa się analiza i synteza wszystkich bodźców dochodzących do ustroju, te zaś z kolei wiążą się z różnorodnymi, określonymi czynnościami ustroju. Każdy analizator składa się z jądra, gdzie dokonuje się najwyższa analiza i synteza oraz części obwodowej, gdzie dokonuje się analiza i synteza elementarna. Analizatory nie mają wyraźnej granicy, łączą się pomiędzy sobą nawzajem swoimi obwodowymi częściami. Tworzenie się nowych skojarzeń odbywa się w całej korze mózgowej. *Pawłow* odrzuca istnienie jakichś specjalnych ośrodków kojarzeniowych, a także i ośrodka, który by spełniał nadrzędne czynności nerwowe.

Prace *Pawłowa* z zakresu fizjologii spotkały się z olbrzymim poparciem i zrozumieniem ze strony władzy radzieckiej. W r. 1921 *Lenin* wydał specjalny dekret i stworzył komisję, która miała zapewnić odpowiednie warunki materialne dla dalszej pracy naukowej *Pawłowa* i jego uczniów. W r. 1926 zrealizowano myśl *Pawłowa* stworzenia — obok istniejącego Instytutu Fizjologii w Leningradzie — odpowiednich laboratoriów w jakiejś miejscowości wiejskiej niedaleko Leningradu. I tak powstało w Kołtuszach (obecna nazwa Pawłowowo) pierwsze laboratorium zajmujące się zagadnieniami wpływu wychowania na kształtowanie się typu układu nerwowego u zwierząt, w latach 1929 — 1930 i następnych. Kołtusze rozbudowano tak, że obecnie jest to prawdziwe miasto zakładów fizjologii, które zajmują się różnorodnymi zagadnieniami z zakresu fizjologii ośrodkowego układu nerwowego.

Pawłowowo, jako część składowa Instytutu Fizjologii Akademii Nauk ZSRR pozostaje pod kierownictwem akademika *Bykowa*, ucznia *Pawłowa* i twórcy t e o r i i k o r o w o - t r z e w n e j.

W tamtejszych zakładach naukowych opracowuje się zagadnienia genetyki i fizjologii porównawczej wyższych czynności nerwowych, zagadnienia współzależności czynników wrodzonych i nabytych tzw. instynktów oraz wiele innych.

Nauka *Pawłowa* ogarnęła umysły wszystkich badaczy całego świata. W Polsce tak samo zagadnienia pawłowowizmu przeniknęły wszystkie placówki naukowe, które wprowadzają wszystkie te nowe metody badawcze.

Roman Kordecki

DR K. ŁODZIŃSKI

Leczenie przedoperacyjne

Przygotowania do operacji w przypadkach ostrych zespołów brzusznych w świetle zjawisk patofizjologicznych

SCHORZENIA przewodu pokarmowego, które obejmujemy mianem ostrych zespołów brzusznych prowadzą do rozmaitych zaburzeń — natury biochemicznej — w ogólnoustrojowej przemianie materii; zarówno na drodze nerwowej jak i humoralnej doprowadzają do zmian w ośrodkowym układzie nerwowym i narządach miąższowych, a w końcowym efekcie mogą być nawet istotną przyczyną zejścia śmiertelnego.

Zespół wstrząsu, jaki niejednokrotnie obserwujemy czy to w przebiegu niedrożności przewodu pokarmowego, czy w następstwie przedziurawienia wrzodu trawiennego żołądka, czy jako powikłanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego z rozlanym zapaleniem otrzewnej — jest niejako dowodem zaburzeń natury biochemicznej.

W ogólnym zarysie u ciężko chorego, który przybywa do oddziału chirurgicznego z objawami ostrego zespołu brzusznego zawsze spodziewać się możemy szeregu zaburzeń w przemianie materii ustroju, które niewątpliwie decydują o jego stanie. Do nich należą:

1 — zaburzenia natury nerwowej,
2 — zaburzenia gospodarki wodnej,
3 — zaburzenia gospodarki mineralnej,
4 — zaburzenia gospodarki białkowej,
5 — zaburzenia związane z utratą krwi,
6 — zaburzenia ogólne.

W związku z tym nowoczesne leczenie chirurgiczne obejmuje kilka, ściśle ze sobą związanych etapów: a) leczenie przedoperacyjne, b) zabieg operacyjny, c) leczenie pooperacyjne.

Takie ujęcie leczenia chirurgicznego oparte jest na dokładnie poznanej biochemii ustroju ludzkiego. Operacja jest więc tylko jednym z aktów leczenia, niejako mechanicznym odwróceniem zmian anatomicznych. Uzupełnieniem leczenia operacyjnego musi być wyrównanie zaburzeń fizykochemicznych ustroju. Zadanie to spełnia leczenie przedoperacyjne i pooperacyjne.

Chory z ostrym zapaleniem brzusznym przybywa do oddziału chirurgicznego zwykle w stanie ogólnym dość ciężkim.

Silne bóle brzucha i inne przejawy drażnienia interoreceptorów jamy brzusznej doprowadzają na drodze odruchowo-nerwowej do powstania w s t r z ą s u z jego wszystkimi następstwami, jak zaburzenia w krążeniu i oddychaniu, zmniejszenie ilości krwi krążącej, spadek ciśnienia krwi, zagęszczenie krwi itp.

Nasilające się wymioty doprowadzają do utraty wody i chloru, co tym bardziej potęguje objawy wstrząsu.

Procesy fizjochemiczne rozgrywające się w obrębie jelit czy żołądka, a związane niekiedy z wydzielaniem pewnych substancji (np. histaminy), jeszcze w większym stopniu wpływają na rozkojarzenie funkcji ustrojowych, działając ujemnie na śródbłonek naczyń krwionośnych. Powstałe w ten sposób produkty rozkładu tkanek — uszkadzają narządy miąższowe (wątrobę, nerki, mięsień sercowy).

Wszelkie te procesy znajdują swoje odzwierciedlenie w ciężkim stanie ogólnym chorego.

Podstawą leczenia, które ma przygotować chorego i przywrócić go do stanu równowagi, jest poznanie całokształtu cierpienia za pomocą skrupulatnego badania chorego z wykorzystaniem wszystkich dostępnych, pomocniczych badań laboratoryjnych. Na tej podstawie dopiero można ustalić prawidłowy p l a n l e c z e n i a, który ma zapewnić doprowadzenie chorego w możliwie najlepszej formie na stół operacyjny, stworzyć najpomyślniejsze warunki dla zabiegu chirurgicznego i wyleczenia chorego.

Należy pamiętać, że w chirurgii przypadków nagłych zazwyczaj nie mamy wiele czasu na przeprowadzenie wszystkich dokładnych badań, bo stan chorego wymaga z reguły pomocy natychmiastowej. Toteż w tych razach przygotowanie do operacji polega na możliwie najszybszym wyrównaniu najistotniejszych zaburzeń.

P l a n l e c z e n i a p r z e d o p e r a c y j n e g o.

1 — wyrównanie zaburzeń natury nerwowej,
2 — wyrównanie bilansu wodnego,
3 — wyrównanie bilansu mineralnego,
4 — wyrównanie bilansu białkowego,
5 — wyrównanie zaburzeń związanych z utratą krwi,
6 — podanie środków ogólnie działających — witamin i antybiotyków.

WYRÓWNANIE ZABURZEŃ NATURY NERWOWEJ

Pamiętając, że długotrwały silny ból prowadzi do wyczerpania komórek ośrodkowego układu nerwowego, co może wywołać stan wstrząsu, podaje się środki przeciwbólowe, które prze-

rywają nieprawidłowy, nerwowy łuk odruchowy.

Środki te podaje się w zasadzie dopiero po ustaleniu rozpoznania. Do najpotężniejszych preparatów farmakologicznych tego rodzaju należą pochodne makowca, a ponadto środki uspokajające: preparaty bromowe oraz pochodne kwasu barbiturowego.

Pochodne makowca zmniejszają odczuwanie bólu, sprowadzają sen i niepamięć, znacznie obniżają pobudliwość odruchową, obniżają przemianę materii —co w sumie zapobiega, a niekiedy nawet uniemożliwia rozwinięcie się ciężkiego zespołu wstrząsu. Typowym lekiem jest tu m o r f i n a, stosowana zarówno u starszych jak i u dzieci.

Morfina wywołuje stan r o z l a n e g o z a h a m o w a n i a k o r y m ó z g o w e j, uwalnia człowieka od przykrych bodźców nerwowych zewnętrznych i wewnętrznych, znosi ból fizyczny, a poniekąd i psychiczny, zmniejsza wrażliwość sfery bólowej mózgu, osłabia intensywność wrażeń zmysłowych i ułatwia sprowadzenie snu. Ten kojący i pokrzepiający sen jest bardzo ważnym czynnikiem likwidującym wstrząs.

Morfinę podaje się podskórnie (rzadziej dożylnie) w dawkach dla dorosłych 0,01 — 0,02. Dzieciom podaje się dawki odpowiednio mniejsza, w zależności od wieku, przy czym nie ma ograniczenia wieku, bo nawet kilkumiesięczne niemowlęta otrzymują ten lek w razie potrzeby.

Przeciętnie działanie morfiny trwa 5 godzin. Szybkość wydalania morfiny z ustroju zależy od stanu ogólnej przemiany materii. W przypadkach przyśpieszonej przemiany materii morfina ulega rozkładowi i wydala się w ciągu 1 — 2 godzin, w przypadkach obniżonej przemiany materii wydalanie może się przeciągnąć do 8 godzin. Szczegół ten powinien być brany pod uwagę przy kilkakrotnym podawaniu tego środka.

Morfinę podaje się również z atropiną, która znosi skurcze, zapobiega szkodliwym odruchom z nerwowych ośrodków wegetatywnych i niweluje depresyjne działanie morfiny na ośrodek oddechowy.

Do leków, które również wyróżniają się korzystnym wpływem i uspokajającym działaniem na układ nerwowy należą preparaty bromowe. Zwykle używa się 5 — 10% bromek sodu *(natrium bromatum)*, podając go drogą dożylną.

Potężnym środkiem farmakologicznym, przerywającym nieprawidłowe bodźce na drodze nerwowej, jest n o w o k a i n a. W przypadkach ostrych zespołów brzusznych wykonuje się z reguły obustronną blokadę lędźwiową przy użyciu ¼% nowokainy *).

*) Działanie blokad nowokainowych omówiono w jednym z poprzednich artykułów — „Pielęgniarka Polska“ Nr 10/52.

Wiemy, że czynników, które przyczyniają się do pogłębienia wstrząsu jest bardzo wiele. Jednym z nich, jak się okazało, jest przepełnienie pęcherza moczowego. Procesy chorobowe, rozgrywające się na terenie otrzewnej, doprowadzają do porażenia zwieraczy, zwłaszcza zwieracza pęcherza. Niemożność oddania moczu samoistnie, ucisk na interoreceptory ściany pęcherza, pociągają za sobą pogłębienie się wstrząsu.

W tych razach zanim przystąpi się do operacji konieczne jest cewnikowanie pęcherza moczowego i wypuszczenie moczu, dzięki czemu widzi się niejednokrotnie niemal natychmiastową poprawę. Wypuszczenie moczu przed operacją jamy brzusznej poprawia wgląd operatora w jamę brzuszną.

Do czynności wstępnych i bezwzględnie koniecznych należy jeszcze sondowanie i opróżnienie żołądka, a następnie tzw. ssący drenaż jelit. Przeładowany żołądek pobudza do nieustannych wymiotów, które wyczerpują chorego i sprzyjają niebezpieczeństwu zachłyśnięcia się treścią pokarmową.

W przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego, kiedy gazy i treść jelitowa nie mogą przesuwać się dalej, dochodzi do wielorakich zaburzeń, z których najważniejsze wzmożenie ciśnienia gazów na ścianę jelita uniemożliwia normalne wchłaniania składników pokarmowych. Rezultatem tego jest zaleganie treści w świetle przewodu pokarmowego, rozkład i zatruwanie organizmu produktami rozkładu mas kałowych.

Drenaż, odessanie zalegającej treści wpływa bardzo korzystnie na stan ogólny chorego, zapobiega zatruciu ustroju, usprawnia trawienie dzięki odbarczeniu ściany jelita, ułatwia wchłanianie wody i zapobiega nadmiernej odruchowej czynności wydzielniczej błony śluzowej, a tym samym gromadzeniu się przesięku w świetle jelita.

WYRÓWNANIE BILANSU WODNEGO

Wracając do omawianych zaburzeń zdolności resorbcyjnej ściany jelita w przebiegu niedrożności, wspomnieć należy, że normalna błona śluzowa jelita wchłania prawidłowo 90% substancji płynnych, zawartych w świetle jelita. W przypadkach niedrożności taki sam odcinek jelit może zresorbować zaledwie 10% płynu. Reszta niezresorbowanej wody pozostaje w świetle jelita nie wykorzystana przez ustrój.

Jeśli przypomnimy sobie, że wzmożone ciśnienie gazów na ścianę jelita oraz produkty rozkładu powodują zwiększone odruchowe wydzielanie błony śluzowej przewodu pokarmowego, to zrozumiemy łatwo, w jaki sposób odbywa się głównie ucieczka wody z ustroju.

Organizm traci wodę poza tym przez wymioty, krwotoki, przesiękanie osocza poprzez uszko-

dzony śródbłonek naczyń włosowatych, poprzez skórę (nadmierne pocenie się) i poprzez układ oddechowy, natomiast prawie zupełnie w tym czasie nie odbywa się wchłanianie wody z przyczyn poprzednio wymienionych. Podane do picia płyny chory natychmiast zwraca. Utrata wody w ciągu krótkiego czasu pociąga za sobą daleko idące zmiany, które odbijają się w pierwszym rzędzie na układzie krążenia. Krew odwodniona zgęszcza się. Ustrój broni się przed zagęszczeniem krwi w ten sposób, że osocze przyciąga z tkanek płyn pozakomórkowy, jednak postępująca stale utrata wody wzmaga nieustannie zagęszczenie krwi, prowadzi do dużej utraty płynu pozakomórkowego, a później i płynu śródkomórkowego, co wreszcie doprowadza do śmierci komórki.

Poniższe 2 tablice obrazują nam graficznie gospodarkę wodną organizmu człowieka.

To pobieżne przedstawienie zaburzeń gospodarki wodnej ustroju tłumaczy nam dość wymownie konieczność dostatecznego n a w o d n i e n i a organizmu w okresie przygotowania chorego do operacji.

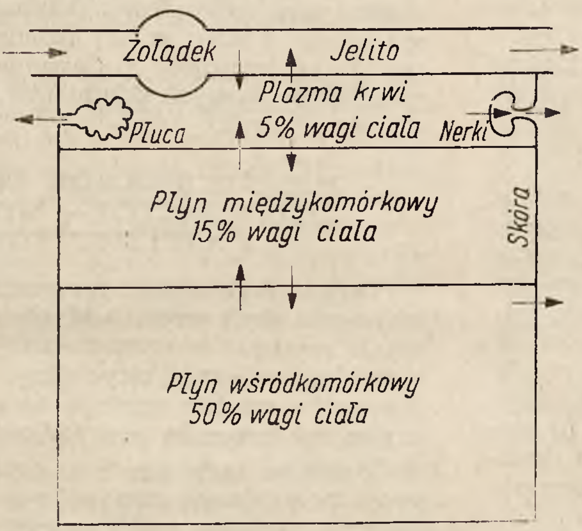
Postępowanie lecznicze uzależnia się od tego, co aktualnie przeważa: kwasica czy alkaloza (wzmożona kwasowość czy zasadowość krwi). Na czoło zaburzeń mineralnych wysuwa się utrata sodu, podstawowego składnika płynu międzykomórkowego.

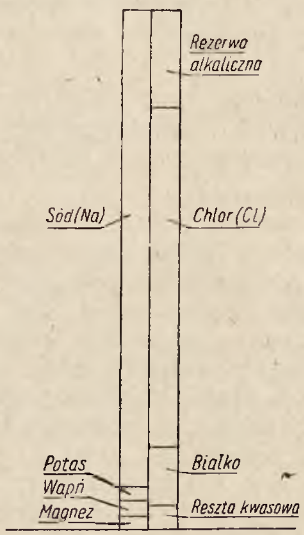
Dla zobrazowania ważności sodu podaję poniżej tzw. j o n o g r a m normalnego osocza krwi, w którym sód znajduje się w wyraźnej przewadze nad innymi składnikami.

Z utratą s o d u następuje poważne zachwianie równowagi mineralnej osocza. Ustrój stara się natychmiast wyrównać je przez zastąpienie sodu innym składnikiem, mianowicie p o t a s e m. Potas (K), znajdujący się głównie w płynie śródkomórkowym (wewnątrzkomórkowym) — przechodzi do osocza i zajmuje miejsce sodu.

$$NaCl \rightleftarrows KCl$$

Utrata potasu — jak dowiedziono — w znacznym stopniu uszkadza prawidłową czynność organizmu i ostatecznie doprowadza do porażenia ośrodka oddechowego.





Z rozdziałów wybranych Patofizjologia i Klinika poszczególnych okresów wieku dziecięcego 1950 — M. Michałowicz.

WYRÓWNANIE BILANSU MINERALNEGO

Zaburzenia gospodarki wodnej są nierozerwalnie związane z utratą soli mineralnych (demineralizacją) i zmianą stosunków ilościowych tych soli (transmineralizacją ustroju).

Wymioty, jak wspominaliśmy, prowadzą do utraty chloru (Cl). Utrata zaś chloru prowadzi z kolei do wzmożenia zasadowości krwi (do alkalozy), innymi słowy do zwiększenia się we krwi zasobu dwuwęglanu sodu. Zachwianie równowagi kwasowo-zasadowej jest zaburzeniem bardzo poważnym, które odbija się niekorzystnie na ogólnych procesach fizjologicznych ustroju.

Postępowanie lecznicze sprowadza się więc do obfitego nawodnienia ustroju chorego, do wyrównania zaburzeń gospodarki mineralnej przez zniwelowanie szkodliwych następstw kwasicy względnie alkalozy. W tym celu podaje się d r o g ą k r o p l ó w e k d o ż y l n y c h roztwory wodne odpowiednich soli mineralnych, aby jak najszybciej dostały się do krwiobiegu.

Podstawowym środkiem tego rozwoju na wszystkich odcinkach chirurgicznych jest f i z j o l o g i c z n y (0,9%) r o z t w ó r c h l o r k u s o d u (soli kuchennej NaCl). Stosuje się go najkorzystniej łącznie z 5 % wodnym

roztworem glukozy, która w pewnej mierze zaspokaja potrzeby energetyczne ustroju, zapobiega kwasicy i działa na organizm odtruwająco. Rzadziej używa się płynów zawierających dwuwęglan sodu, chlorek potasu itp., zależnie od aktualnej potrzeby.

WYRÓWNANIE BILANSU BIAŁKOWEGO

Następstwem zmian, jakie powstają w przebiegu ostrych zespołów brzusznych, jest n i e d o ż y w i e n i e   o r g a n i z m u, co pociąga za sobą utratę głównego budulca ustrojowego — białka.

W osoczu krwi istnieją, jak wiadomo, dwa rodzaje białek: a l b u m i n y   i   g l o b u l i n y. Jedne i drugie spełniają w ustroju niezwykle ważne czynności, każde zaś z nich ma swoje odrębne cechy i odrębne zadania.

Albuminy odgrywają podstawową rolę w odżywianiu komórek oraz regulują procesy wymiany wody pomiędzy osoczem krwi a tkankami. Charakteryzują się wybitnym powinowactwem do wody. Im więcej jest we krwi albumin, tym większa jest wodochłonność krwi.

Globuliny natomiast spełniają niezmiernie doniosłą rolę w zjawiskach odpornościowych ustroju, w odczynności na czynniki zakaźne, w krzepnięciu krwi itp.

Utrata białka obu tych rodzajów powoduje załamanie się wielu podstawowych czynności ustroju, a głównie wzrostu i odbudowy komórek.

W ostrych cierpieniach przewodu pokarmowego występuje wybitne zmniejszenie wchłaniania białka. Odbiałczenie potęguje się jeszcze w następstwie gromadzenia się przesięku w świetle jelit oraz na skutek krwawień. Podobnie uszkodzenie wątroby, gdzie odbywa się r e s y n t e z a białek pokarmowych, z reguły odbija się natychmiast na poziomie białka, który normalnie wynosi we krwi 7—8% (u noworodka 4 — 5%). Ważny jest przy tym stosunek albumin do globulin (w warunkach normalnych wynosi 1,7 : 3).

Następstwem zubożenia krwi w albuminy będzie zmniejszenie wodochłonności krwi. Podane dożylnie roztwory wodne soli mineralnych (elektrolitów), niezwiązane przez albuminy, szybko opuszczą sieć naczyń krwionośnych i nie spełnią swojego zadania. Dodanie do kroplówki albumin sprawi natomiast, że omawiane roztwory zostaną przyswojone i wynik leczniczy okaże się pomyślny — prawidłowa gospodarka wodna zostanie przywrócona do normy.

Niedobór globuliny wpłynie na zmniejszenie odporności ustroju, zwiększy niebezpieczeństwo zakażenia, któremu ustrój łatwiej ulegnie, a także może spowodować zaburzenia w krzepnięciu krwi.

Niedobiałczenie, jak widać z tego króciutkiego przeglądu, prowadzi do głębokich zaburzeń funkcjonalnych, w przebiegu pooperacyjnym uniemożliwia prawidłowe gojenie się rany i może przekreślić udatny wynik operacji. Szczególnie niekorzystny wpływ wywiera niedobiałczenie na przebieg operacji żołądkowych: słabną zdecydowanie mechanizmy, kierująca sprawnością ruchową żołądka i jelit, co prowadzi do tzw. n i e d r o ż n o ś c i   p o r a ż e n n e j, bardzo ciężkiego i niebezpiecznego powikłania. Tym wszystkim groźnym powikłaniom zapobiegamy przez wyrównanie bilansu białkowego ustroju w przebiegu leczenia przedoperacyjnego.

WYRÓWNANIE ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z UTRATĄ KRWI

Utrata białka łączy się zwykle z utratą krwi, która prowadzi do niedokrwistości, a tym samym do zaburzeń w prawidłowym odżywianiu i utlenianiu tkanek. Poza tym wszystkie omówione powyżej zaburzenia aż do powstania wstrząsu włącznie występują przede wszystkim wskutek nagłej utraty krwi.

Zwalczanie niedoboru białkowego oraz wyrównanie utraty krwi polega na p r z e t a c z a n i u   k r w i   k o n s e r w o w a n e j, rzadziej krwi żywej, względnie na podawaniu plazmy czyli osocza krwi. Ostatnie lata przyniosły dalszy postęp w tej dziedzinie i obecnie mamy już możność podawania wyodrębnionych, podstawowych składników białek — kwasów aminowych.

PODANIE ŚRODKÓW OGÓLNIE DZIAŁAJĄCYCH — WITAMIN I ANTYBIOTYKÓW

Postępowanie ogólne sprowadza się do podtrzymania akcji serca i oddychania przez podawanie preparatów sercowo-naczyniowych: cardiamidu, kardiazolu, strychniny, adrenaliny itp. Szczególne miejsce zajmuje t e r a p i a   t l e n e m, zwłaszcza w przypadkach ciężkich **.

Oddzielne zagadnienie w przebiegu leczenia przedoperacyjnego stanowi podawanie zespołu witamin, podstawowych zaczynów (fermentów) biochemicznych, bez których ustają procesy prawidłowej przemiany materii. Najczęściej podaje się witaminę C, witaminę B_1 i B_2, a przed zabiegami, w których grozi większa utrata krwi — witaminę K.

Na zakończenie należy wspomnieć o podawaniu a n t y b i o t y k ó w w czasie leczenia przedoperacyjnego. W przypadkach ostrych zespołów brzusznych z reguły spodziewamy się zawsze groźnego zakażenia, którego źródłem jest obfita flora bakteryjna przewodu pokarmowego, spośród zazwyczaj stosowanych antybiotyków wymienić należy streptomycynę i penicylinę.

Kazimierz Łodziński

**) O leczeniu tlenem patrz „Pielęgniarka Polska" Nr 7/52.

MGR JERZY JOŃCZYK

ŚRODKI LECZNICZE

Środki porażające centralny układ nerwowy

(ciąg dalszy)

C. ALKOHOLE.

Spiritus vini (znany również pod nazwą *alcohol etylicus* — spirytus, alkohol etylowy).

Bezbarwna, przeźroczysta, lotna ciecz o swoistym zapachu i palącym smaku. Spirytus jest łatwo zapalny. Z wodą, eterem i chloroformem miesza się w dowolnym stosunku. W obrocie znajduje się spirytus 95^0, w lecznictwie poza tym używa się rozcieńczenia 90^0 i 70^0 do sporządzania nalewek, wyciągów oraz szeregu preparatów do użytku zewnętrznego (spirytusy do nacierania, jodyna itp.).

Spirytus używany jest również do dezynfekcji. Najlepsze działanie bakteriobójcze wykazuje spirytus 70^0, który pod względem skuteczności odpowiada działaniu 3% wodnego roztworu fenolu.

Spirytus używany do wewnątrz powoduje porażenie centralnego układu nerwowego z objawami podobnymi jak przy użyciu eteru i chloroformu, jednakże okres pobudzenia przy alkoholu etylowym jest bardzo długi. Z tego względu oraz wobec szeregu innych ujemnych właściwości związanych z jego szerokim spożyciem jako używki, spirytus w lecznictwie dla celów narkotycznych nie jest stosowany.

D. ŚRODKI NASENNE.

Sen jest bardzo ważnym procesem życiowym.

Psy np. pozbawione snu giną w przeciągu 5 dni, natomiast pozbawione jedzenia giną dopiero po upływie 20—25 dni. Sen, według teorii *Pawłowa,* jest rozprzestrzeniony na duże obszary kory mózgowej (i innych części mózgu) hamowaniem procesów w niej zachodzących. Podczas snu ginie świadomość, zostaje przerwana łączność z otoczeniem, oddech staje się płytszy, działalność serca osłabiona, temperatura ciała i ciśnienie krwi nieco obniżone. Dzięki nauce *Pawłowa* dowiedziono jak wielkie znaczenie lecznicze wywiera sen na ustrój ludzki, co pozwoliło na stosowanie „leczenia snem" w wielu chorobach z nadzwyczajnymi wynikami (choroba nadciśnieniowa, choroby psychiczne, choroba wrzodowa). Niektóre środki nasenne wywierają również działanie przeciwbólowe.

Adalinum. Biały, krystaliczny proszek bez zapachu i niemal bez smaku.

W obrocie znajduje się w substancji i w tabletkach po 0,5. Należy do wykazu B*). Najwyższa dawka jednorazowa 1,5, najwyższa dawka dzienna — 3,0. Stosuje się przy utrudnionym zasypianiu (0,3—0,5, jednorazowo), 3 razy dziennie.

Aephenal (znany również pod nazwami: *luminal, gardenal, phenobarbital, acidum phenylcaethylobarbituricum).* Biały, bezwonny, krystaliczny proszek o gorzkawym smaku, słabo rozpuszczalny w wodzie zimnej, lepiej w gorącej. W obrocie znajduje się w substancji i w tabletkach po 0,1 i 0,15 („luminaletki"). Należy do wykazu B. Najwyższa dawka dzienna 0,8, najwyższa dawka jednorazowa 0,4. Stosowany jest przy podrażnieniu nerwowym, podnieceniu i bezsenności tym wywołanej (dwa razy dziennie po 0,1), przeciw bólowi, przy migrenach, przy epilepsjach (0,03 — 0,06 jednorazowo 4 razy dziennie) oraz przy nadciśnieniu w kombinacjach z papaweryną.

Aephenal - Natrium znany również pod nazwą *luminal - natrium, natrium phenyloaethylobarbituricum).*

Biały, krystaliczny proszek o gorzkim smaku. Dobrze rozpuszczalny w wodzie. W obrocie znajduje się w substancji oraz w ampułkach, zawierających po 0,22 suchej substancji. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 0,4; najwyższa dawka dzienna 0,8. Stosuje się tak jak *aephenal.* W ampułkach do wstrzykiwań służy do narkozy niewziewnej lub mieszanej.

Aethinal (znany również pod nazwą *veronal, barbital, acidum diaethylo barbituricum).*

Bezbarwne, przeźroczyste blaszki krystaliczne lub biały krystaliczny, gorzki proszek bez zapachu. Słabo rozpuszczalny w wodzie. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 0,5, najwyższa dawka dzienna — 1,0. Wchłania się bardzo powoli i również bardzo powoli wydala się z organizmu, stąd stałe używanie może doprowadzić do ciężkich zatruć z następującymi objawami: wysypka na skórze, niepewny chód, wyniszczenie fizyczne, zapalenie nerek.

Stosowany jest przy bezsenności (0,3 — 0,5 jednorazowo, dwa razy dziennie). Po 3 — 4 dniach stosowania należy zrobić przerwę 1 — 2

---

*) Należy do wykazu B, oznacza, że jest to środe silnie działający.

dniową, aby przeciwdziałać zatruciu. Po użyciu po przebudzeniu odczuwa się ociężałość.

Aethinal - natrium (znany również pod nazwą: *veronal-natrium, medinal, natrium aethylobarbituricum).*

Biały, krystaliczny, bezbarwny proszek o gorzkim smaku. Dobrze rozpuszczalny w wodzie. Należy do wykazu B. Jednorazowa dawka najwyższa 0,75, najwyższa dawka dzienna — 1,5. Stosowany bywa przy bezsenności (0,3 dwa razy dziennie) jako środek uspokajający i przeciwbólowy.

Bromural (znany również pod nazwą *bromisol).*

Biały, krystaliczny proszek, bardzo trudno rozpuszczalny w wodzie. W obrocie znajduje się w substancji i tabletkach po 0,3. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 1,0, najwyższa dawka dzienna 2,0. Stosowany bywa przy utrudnionym zasypianiu, przy nadmiernej pobudliwości psychicznej (0,3 — 0,5 jednorazowo, 3 razy dziennie). Szybko wywołuje sen trwający 4 — 6 godzin.

Barbiphenal (znany również pod nazwą prominal).

Biały, krystaliczny, bezwonny proszek, nie rozpuszczalny w wodzie. W obrocie znajduje się w substancji i w tabletkach po 0,1. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 0,4, najwyższa dawka dzienna — 0,8. Wykazuje słabsze działanie nasenne niż *aephenal,* działa natomiast silnie przeciwepileptycznie w dawkach 0,05—0,1, do 4 razy dziennie. Ma również działanie przeciwbólowe i obniża ciśnienie krwi.

Chloralum hydratum. Wodnik chloralu.

Bezbarwne, przeźroczyste kryształy o słabym swoistym zapachu i gorzkawym piekącym smaku. Bardzo łatwo rozpuszczalny w wodzie. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 3,0; najwyższa dzienna 6,0. Wchłania się bardzo szybko i w ciągu 30 — 40 minut sprowadza sen, który trwa 6 — 8 godzin. W małych ilościach (0,2 — 0,3 doustnie lub doodbytniczo) służy jako środek uspokajający, przy bezsenności używa się dawek większych 1,0—2,0. Wywołuje miejscowe podrażnienie błon śluzowych i dlatego podaje się go w opłatkach lub z ciałami osłaniającymi. Doodbytniczo również z ciałami osłaniającymi.

Przedawkowanie może doprowadzić do ciężkich zatruć, które czasem kończą się nawet śmiercią wskutek porażenia orśodka oddechowego. W razie zatrucia należy przepłukać żołądek, trzymać chorego w cieple, podawać środki pobudzające (kofeina, strychnina, atropina). W ostrych przypadkach stosować sztuczne oddychanie i dożylnie 1 ml 0,1% roztworu adrenaliny.

Cyklohexal (znany również pod nazwą *phanodorm).*

Biały, krystaliczny proszek, bez zapachu, o gorzkim smaku, rozpuszczalny w wodzie. W obrocie znajduje się w substancji i tabletkach po 0,2. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 0,4, najwyższa dawka dzienna 0,8. Jest lepszy od *aephenalu,* działa szybciej i dłużej (6 — 8 godzin), a w organizmie szybciej niż *aephenal* ulega rozkładowi i wskutek tego nie wykazuje działań ubocznych. Sen wywołany przez *cyclohexal* jest najbardziej zbliżony do snu fizjologicznego. Stosowany bywa przy bezsenności i przedwczesnym budzeniu się — w dawce 0,2 (pół godziny przed udaniem się na spoczynek). Przeciwbólowo nie działa.

Dwuallyl (znany również pod nazwą *dial, allobarbital, acidum diallylobarbituricum).*

Biały, krystaliczny proszek bez zapachu, słabo rozpuszczalny w wodzie. W obrocie znajduje się w substancji i tabletkach po 0,1. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 0,3, najwyższa dawka dzienna 0,6. Wywiera silniejsze działanie nasenne niż *aethinal.* Stosuje go się przy bezsenności wszelkiego pochodzenia (0,1 — 0,2 przed snem) oraz jako środek uspokajający. Jako objaw uboczny po przebudzeniu występuje ociężałość.

Narcosan (znany również pod nazwą *evipan, hexabarbitone).*

W obrocie znajduje się w tabletkach po 0,25 oraz w ampułkach po 1,0. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa i dzienna 4,0. Wywiera szybkie, silne i krótkotrwałe działanie nasenne. W tabletkach używa się przy utrudnionym zasypianiu (1 — 2 tabletki). W postaci ampułek zawierających 1,0 suchej substancji łatwo rozpuszczalny w wodzie stosuje się do wywołania krótkotrwałej narkozy.

Urethanum. Uretan.

Bezbarwne kryształy lub biały, krystaliczny proszek o słonym, chłodzącym smaku. Dobrze rozpuszcza się w wodzie. W obrocie znajduje się tylko w substancji. Stosowany jako środek uspokajający w dawce 1,0; jako środek nasenny w dawce 2,0 — 4,0. Podaje go się również przeciw skurczom jelitowym oraz przy białaczce (dawki 4,0 — 6,0), jest bowiem jadem hamującym tworzenie się białych ciałek krwi. Duże dawki tego leku wywołują agranulocytozę z niedokrwistością.

Ś r o d k i p r z e c i w e p i l e p t y c z n e (oprócz wyżej wymienionych).

Hydantoinal (znany również pod nazwą *antisacer, epanutin, dilantinsodium, natrium diphenylohydantoicum).*

W obrocie znajduje się w drażetkach po 0,1. Należy do wykazu B. Najwyższa dawka jednorazowa 0,2; najwyższa dawka dzienna 0,6. Działa skutecznie w przypadkach „grand mal", nie działając natomiast w „petit mal", jest bardzo słabym środkiem nasennym. Stosuje się 1 drażetkę jednorazowo, 3 razy dziennie. Łatwo wywołuje objawy zatrucia: niezborność ruchów, apatię, drżenie, wymioty, uszkodzenie serca. Działanie przeciwepileptyczne występuje dopiero po paru dniach stosowania. d.c.n.

Praca pielęgniarki przemysłowej

AŻEBY zastosować w życiu słowa tow. Bieruta, wypowiedziane na VII Plenum KC PZPR „w nowej rzeczywistości należy pracować po nowemu" — trzeba dobrze zrozumieć treść obecnej rzeczywistości i wypływające z niej obowiązki pracowników służby zdrowia.

Żyjemy w okresie realizacji Planu 6-letniego, planu szybkiego uprzemysłowienia kraju i zmiany oblicza wsi — w okresie budowy gospodarki socjalistycznej.

Plan 6-letni — to wielka bitwa klasowa, która wymaga od nas mobilizacji wszystkich sił. W bitwie tej, w zwartych szeregach kroczy służba zdrowia, realizując postulaty ochrony zdrowia, stając jasno i zdecydowanie na straży interesów mas pracujących, realizując politykę klasową, wyrażającą się w trosce o człowieka pracy, o jego zdrowie.

Dla realizacji lecznictwa przemysłowego Służba Zdrowia musi posiadać bazę w postaci instytucji profilaktyczno - leczniczych, gdzie również obowiązywać będzie rejonizacja, zespolenie i podnoszenie jakości świadczeń lekarskich na wyższy poziom przy szerokim umasowieniu profilaktyki.

Dla pomyślnego rozwoju lecznictwa przemysłowego niezbędna jest fachowa kadra pracownicza o wyraźnym klasowym obliczu. Stałe przeszkalanie kadr lekarsko-pielęgniarskich, ich specjalizacja będzie gwarancją należytego spełnienia wyznaczonej im roli.

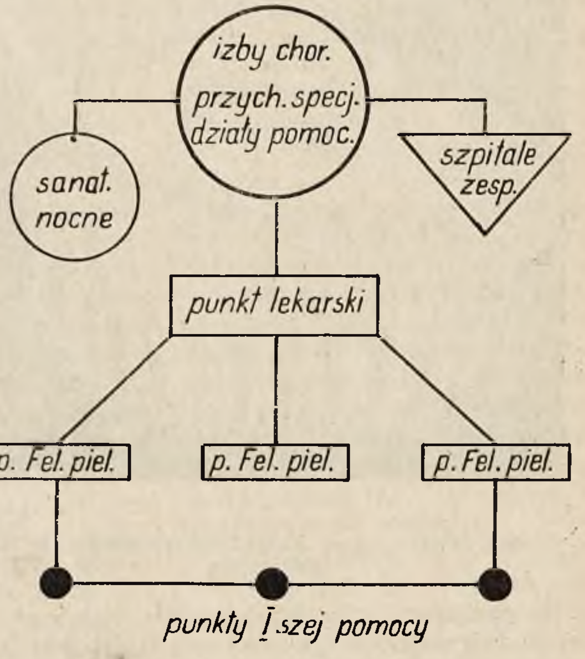
W okresie realizacji Planu 6-letniego, w okresie stałego wzrostu produkcji, liczby warsztatów pracy i załóg robotniczych, wśród których powiększać się będzie stale liczba kobiet i młodocianych — zadaniem służby zdrowia będzie otoczyć wszystkich jak najtroskliwszą opieką.

W budowie lecznictwa przemysłowego wzorujemy się na doświadczeniach Związku Radzieckiego, wypracowując plany, dostosowane do naszych możliwości organizacyjnych i kadrowych.

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie organizacji i obowiązków lecznictwa przyzakładowego, przy zakładach pracy w całym kraju powstają placówki służby zdrowia. Umiejscowienie tych placówek zależy od wielkości danego zakładu i liczebności jego załogi, od charakteru produkcji i jej znaczenia dla realizacji Planu 6-letniego.

Struktura organizacyjna lecznictwa przyzakładowego przewiduje:

- punkty I pomocy,
- punkty felczersko-pielęgniarskie,
- punkty lekarskie,
- przychodnie przyzakładowe I, II, III, IV i V typu,
- działy pomocnicze, jak: pracownie rentgenowskie i laboratoryjne,
- izby chorych,
- sanatoria nocne,
- szpitale.



Schemat organizacyjny służby zdrowia przy zakładach pracy.

Lecznictwo przyzakładowe ma na celu objąć załogi zakładów pracy jak najstaranniejszą opieką zdrowotną — zarówno w sensie profilaktyki, jak i leczenia. Realizacja tego zadania wymaga dokładnie przemyślanej organizacji terenowej, obejmującej zakłady pracy wszelkiego typu.

Jako najniższe jednostki usługowe przewiduje się tak zwany Punkt I Pomocy i Punkt Felczersko-Pielęgniarski.

W większych zakładach pracy powstaną Przychodnie, których typ i rodzaje będą zależeć od liczby zatrudnionych:

- dla typu I — przewiduje się gabinet lekarski, pokój zabiegowy i poczekalnię;

dla typu II — obok gabinetu ogólnego — poradnię higieny pracy oraz gabinet dentystyczny;

dla typu III — ponadto 2 specjalności;

dla typu IV i V — przewiduje się szeroko rozbudowaną specjalizację oraz własne pracownie RTG i laboratoria podręczne.



C. A. F.
Żłobek dziecięcy przy Zakładach Azotowych w Kędzierzynie.

Przychodnia przyzakładowa ma objąć opieką leczniczo-zapobiegawczą załogę fabryki lub kombinatu i udzielać pomocy specjalistycznej na miejscu pracy.

Przy dużych zakładach pracy lub zakładach o wybitnej szkodliwości dla zdrowia po raz pierwszy w Polsce Ludowej powstaną Izby Chorych, gdzie robotnik będzie mógł korzystać z lecznictwa w ciągu 2 do 5 dni.

Ponadto, na wzór Związku Radzieckiego, stworzymy w Planie 6-letnim przy dużych zakładach pracy NOCNE SANATORIA. W nocnych sanatoriach przewiduje się pomieszczenia zabiegowe, stołówki dietetyczne, świetlice oraz sypialnie dla pracowników kierowanych przez lekarza fabrycznego lub specjalistów poliklinicznych.

Z sanatoriów tych będą korzystali robotnicy zdolni do pracy, wymagający jednak leczenia zapobiegawczego, tak więc pacjenci: z początkowymi schorzeniami układu krążenia (np. nadciśnienia), z chorobami narządu trawienia, jak: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, schorzenia wątroby itp. Po pracy robotnicy wracają do sanatoriów nocnych, gdzie mogą korzystać z zabiegów leczniczych i odpowiedniej diety, czas zaś wolny spędzają na rozrywkach kulturalnych, mając do dyspozycji świetlice i konieczne urządzenia. Należy podkreślić znaczenie tej nowej formy leczenia zapobiegawczego, gdzie państwo okazuje daleko idącą pomoc i troskę o człowieka, walcząc z przedwczesną niezdolnością do pracy.

W dużych zespołach fabrycznych — kombinatach — powstaną na terenie zakładów pracy SZPITALE, przeznaczone wyłącznie dla załogi oraz rodzin zamieszkałych w osiedlu robotniczym.

Wszystkie wyżej wymienione placówki lecznictwa przyzakładowego powstaną po raz pierwszy w historii polskiej służby zdrowia w Nowej Hucie, w jednym z naszych największych kombinatów fabrycznych. Licznie rozmieszczone w halach produkcyjnych punkty I pomocy, punkty felczersko-pielęgniarskie, punkty lekarskie, przychodnie wyższego typu oraz sanatoria nocne służyć będą innym zakładom pracy za wzór organizacji socjalistycznej służby zdrowia w zakresie lecznictwa przyzakładowego.

W. Lisowska

M. G. SOŁOWIEJ

Przewlekły nieżyt jelita grubego

NAZWA „**colitis**" (nieżyt jelita grubego) obejmuje szereg spraw zapalnych i czynnościowych jelita grubego, zlokalizowanych w różnych jego odcinkach. Klinicznie, objawy rozmaitych postaci „**colitis**" zależą od miejsca, gdzie lokalizuje się proces zapalny, względnie zaburzenie czynnościowe.

Fizjologicznie, jelita nasze pozostają w bardzo ścisłej łączności z ośrodkowym układem nerwowym, z korą mózgową.

Warunkiem powstania choroby jelit mogą być przyczyny różnorodne, ale ze wszystkich najpowszechniejszymi w życiu codziennym są błędy dietetyczne. Mogą to być błędy najrozmaitsze. Oprócz nieregularnego — w sen-

sie czasu — spożywania posiłków, ogromne znaczenie mają także niedojadanie, sporządzanie potraw z artykułów żywnościowych nieodpowiednich pod względem jakości, jedzenie „na sucho", nadużywanie ostrych przypraw itd. **Pewzner** i jego współpracownicy przypisują ogromne znaczenie — w rozwoju przewlekłego nieżytu jelita grubego — jedzeniu zbyt szybkiemu i niedokładnemu żuciu pokarmów wskutek braku zębów. W tych przypadkach do jelit przechodzi pokarm źle strawiony, który nie ulega wessaniu i staje się środowiskiem sprzyjającym rozmnażaniu się drobnoustrojów jelitowych. Właśnie produty wzmożonej aktywności drobnoustrojów wywołują w tych razach schorzenia jelit.

Spośród przewlekłych nieżytów jelita grubego, stosownie do przyczyn wywołujących tę chorobę, należy wyróżnić p i e r w o t n e i w t ó r n e. Wtórne nieżyty jelita grubego rozwijają się jako powikłanie choroby zasadniczej u chorych na serce, wątrobę i nerki. „Colitis" tego rodzaju może rozwinąć się również u kobiet, cierpiących na przewlekłe schorzenia ginekologiczne. W wymienionych wypadkach do uszkodzenia ściany jelitowej prowadzą: zaburzenia w odżywianiu krwią ściany jelita, zastój w układzie żyły wrotnej oraz bliskość procesu zapalnego w sąsiednim narządzie. Na szczególną uwagę zasługują choroby jelita grubego, które powstają w pewnych stanach psychicznych chorego i przebiegają początkowo jako zaburzenia czynnościowe, a następnie przechodzą w schorzenie organiczne. Powyżej wspominaliśmy już o bardzo ścisłym związku pomiędzy funkcją jelita a korą mózgową. Wiemy o tym dzięki wielkiemu fizjologowi **I. P. PAWŁOWOWI** i kontynuatorom jego nauki, którzy wykazali, że sprawność ruchowa jelita zależy od działalności ośrodkowego układu nerwowego. **K. M. BYKOW i G. M. DAWYDOW** dowiedli, że czynność ruchowa jelita ludzkiego oddziaływuje wyraźnie na różnorodne warunki konkretnej rzeczywistości. Jako przykład można tu przytoczyć dość często spotykane zaparcia i biegunki, powstające z przyczyn psychicznych (psychogenne).

U nerwowo-chorych obserwuje się często zaparcia, trwające po kilka dni. Przy zaparciach, zalegające w jelicie masy kałowe wzmagają zjadliwość zwykłych drobnoustrojów jelitowych, co przyczynia się do rozwoju procesów zapalnych. Czynnościowe zaburzenia jelita przechodzą w ten sposób w organiczne, ze wszystkimi wynikającymi stąd następstwami.

Do podobnych schorzeń jelita grubego, które zaczynają się jako zaburzenia czynnościowe, a następnie przechodzą w organiczne, należą tzw. z a p a r c i a n a w y k o w e. Spotykamy je u osób, które z jakiegoś powodu jedzą mało albo spożywają pokarmy delikatne, łatwo strawne, bez dostatecznej ilości błonnika, niezbędnego dla prawidłowej działalności jelit. Dla pobudzenia persystaltyki jelit konieczna jest pewna ilość błonnika, który w sposób mechaniczny drażni zakończenia nerwowe w błonie śluzowej. Masy kałowe przechodzące do jelit w niedostatecznej objętości zatrzymują się tam dłużej, przy czym części płynne wsysają się z powrotem, kał staje się bardziej zbity i w takiej postaci uciska śluzówkę jelit, podrażnia ją i tym samym usposabia do wytworzenia się tam zmian zapalnych.

Spośród przyczyn przewlekłych nieżytów jelita grubego wyjątkowe znaczenie ma przebyta dyzenteria. Prof. **S. I. RATNER** w klinicznym szpitalu im. Botkina, na dużym materiale wykazał, że bardzo wiele przypadków przewlekłego nieżytu jelita grubego stanowi przewlekle przebiegająca dyzenteria, przy tym wcale niekoniecznie choroba musi się zaczynać jako typowa dyzenteria. Ta ostatnia może przejawiać się po prostu jako zwykły ostry nieżyt jelita grubego i jak **„colitis"** przebiegać w dalszym ciągu. Jednakże to jest dyzenteria i wymaga specyficznego leczenia.

Z punktu widzenia etiologii nie ulega wątpliwości, że dyzenteria raz przebyta, pozostawiając zmiany na śluzówce jelita, staje się najpierwszą przyczyną rozwijającego się w następstwie przewlekłego nieżytu jelita grubego i w dalszym ciągu przebiega też jako nieżyt zakaźny.

Należy mieć na względzie, że każdy przewlekły nieżyt jelita grubego może się wywodzić z nieżytu ostrego, niedostatecznie leczonego. Dokładne leczenie ostrego nieżytu zarówno specyficznego (np. dyzenterii), jak i niespecyficznego nabiera w te nsposób dużego znaczenia z punktu widzenia profilaktyki, ponieważ stwarza możliwość naśladowania często spotykanego przewlekłego nieżytu jelita grubego.

W pochodzeniu **„colitis"** duże znaczenie ma również stan innych narządów trawiennych. Według danych akademika **N. D. STRAŻESKO** u połowy chorych na przewlekły nieżyt jelita grubego stwierdza się brak wolnego kwasu solnego w żołądku, w następstwie czego masy pokarmowe niedostatecznie strawione w górnych odcinkach przewodu pokarmowego stają się obciążeniem dla odcinków niżej położonych. W tym wypadku zupełnie jak przy zaparciach nawykowych, pomimo, że drażnienie błony śluzowej jelita jest mechaniczne, zmienia się jelitowa flora bakteryjna, której zmiana prowadzi do zaburzenia normalnej życiowej działalności kiszek. Są to kolity gastrogenne, względnie pankreatogenne (jeśli wywodzą się z zaburzeń trzustki), a rozpoznawanie takich ma w praktyce duże znaczenie.

Spośród bardzo wielu przyczyn, stwarzających warunki dla powstania rozmaitych postaci **„colitis"**, należy wydzielić osobną grupę nieżytów jelita grubego wywoływanych przez pasożyty — **ameby, lamblie, balantidium** itd. Pasożyty te, przebywając w świetle jelita, działają przed wszystkim mechanicznie — uszkadzają błonę śluzową i otwierają drogi dla przenikania mikrobów w głąb ściany jelitowej, a także działają toksycznie, ponieważ wydzielają rozmaite substancje trujące.,

Na szczególną uwagę zasługuje problem znaczenia glist w rozwoju nieżytów jelita grubego. Przy **„colitis"** nierzadko znajduje się w kale jaja glist, czasami wychodzą i same pasożyty, jednak trudno jest ostatecznie ustalić czy glisty w rzeczywistości są przyczyną

nieżytu jelita grubego, czy też jedynie mu towarzyszą. **M. J. PEWZNER** rozpoznając przewlekły nieżyt jelita grubego tylko w rzadkich przypadkach mógł przypisać znaczenie etiologiczne obecności pasożytów w kale. Równocześnie jednak w niektórych przypadkach uporczywych biegunek obserwowaliśmy zupełne wyleczenie po spędzeniu robaków — obleńców i tasiemcowców. Należy zaznaczyć, że w przewlekłych nieżytach jelita grubego robaki mogą udaremnić uzyskanie należytego efektu leczniczego. Dlatego praktyka nakazuje we wszelkiego rodzaju kolitach przeprowadzać kurację spędzania robaków.

KLINICZNIE rozmaite postacie przewlekłego nieżytu jelita grubego rozróżnia się zależnie od tego, jaki odcinek jelita grubego został właściwie najbardziej dotknięty. W związku z tym możemy mówić o k o l i t a c h s e g m e n t a r n yc h, ponieważ schorzenie każdego poszczególnego odcinka cechuje się innymi objawami. Zapalenie początkowego odcinka jelita grubego — kiszki ślepej — nosi nazwę **„typhlitis“** lub **„typhlocolitis“**, od słowa **„typhlon“** — kiszka elspa. Fizjologicznie treść pokarmowa z jelita cienkiego przechodzi przez zastawkę **BAUHINA** do kiszki ślepej i tu ulega działaniu fermentów i bakterii. Tutaj treść pokarmowa miesza się i zatrzymuje okoł 10 — 12 godzin, w czasie których woda ulega wessaniu ,a masy kałowe przesuwają się dalej w postaci gęstej papki. W razie dłuższego zatrzymania się pokarmu w kiszce ślepej na skutek zaparcia albo anatomicznie nienormalnego jej położenia, przy obecności tam bakterii z łatwością tworzy się proces zapalny.

Gruźlicze zakażenie jelita najczęściej przebiega pod postacią **„typhlocolitis“**. Chorzy skarżą się na wzdęcie brzucha oraz uczucie ciężaru i bólu w prawej jego połowie. Bóle promieniują do prawego podżebrza, do prawej okolicy lędźwiowej albo czasem i do prawej nogi. Stolec ulega zaparciu, ale często też bywa na przemian z biegunką. Gazy ze ślepej kiszki przesuwają się ku górze w kierunku poprzecznicy, rozpierają ją i chory doznaje bólów w prawym podżebrzu i okolicy podłopatkowej. Przy obiektywnym badaniu, w okolicy prawego podżebrza wymacuje się zgrubiałą, rozdętą ścianę kiszki grubej, bolesną przy palpacji. W okresie zaparcia chorzy odczuwają gniecenie, zdradzają apatię i ogólne niedomaganie. Biegunka i odejście gazów przynoszą znaczną ulgę.

Przewlekły nieżyt jelita grubego najczęściej lokalizuje się po stronie lewej i przybiera postać **„proctosigmoiditis“** (nieżyt esicy i prostnicy), a powstaje w zasadzie na tle przebytej dyzenterii bakteryjnej. Normalnie w esicy znajduje się kał już sformowany. Jeśli kał w razie zaparcia zatrzymuje się dłużej niż zwykle, to powstają zaburzenia w krwiobiegu błony śluzowej, tworzą się — z ucisku — odleżyny i wskutek obecności bakterii z łatwością rozwija się stan zapalny. Nieżyt esicy i prostnicy przebiega z przewlekłym zaparciem, od czasu do czasu jednak występuje biegunka. Biegunka ta, będąca następstwem długotrwałego zaparcia, została przez prof. **PEWZNERA** nazwana „pseudobiegunką“, ponieważ u podstaw tej choroby leży istotnie zaparcie. Jeśli proces zapalny dochodzi do zwieracza odbytu, chorzy cierpią na skutek częstych, fałszywych pozwów na stolec, zamiast czego odchodzą jedynie gazy. W okresie zaparcia zdarza się stolec w postaci oddzielnych kuleczek — „kał owczy“ — z błonkami śluzu, wydalanymi albo niezależnie od kału, albo pokrywającymi ten ostatni. Wobec braku stolca chorzy odczuwają ciężar w okolicy lewego podżebrza, ból promieniujący do lewej okolicy lędźwiowej i pośladka. Przy badaniu wymacuje się esicę bądź rozdętą, bądź spastycznie skurczoną w formie twardego powroza, bolesnego przy palpacji.

W nieżycie esicy i prostnicy, zwłaszcza na skutek zaparć i pseudobiegunek, wyraźnie uwidacznia się odczyn ze strony układu nerwowego: chorzy miewają bóle i zawroty głowy, zdradzają apatię, niechęć do pracy, źle sypiają itd.

ROZPOZNANIE przewlekłego nieżytu jelita grubego opiera się głównie na wykazaniu opisanych powyżej objawów subiektywnych i obiektywnych oraz na badaniu kału. Każda uporczywa biegunka nie poddająca się choćby na pewien czas ani wpływowi diety, ani środkom farmakologicznym, powinna wzbudzać myśl o etiologii pasożytniczej.

W tym celu koniecznie trzeba dać do badania kał jeszcze ciepły, zaraz po wyrpóżnieniu, pobrany do czystego naczynia.

Zastanawiając się nad taką czy inną biegunką, bezwzględnie należy pamiętać, że oceniać ją trzeba nie według ilości wypróżnień na dobę, lecz według konsystencji kału. Stolec rzadki choćby tylko 1 raz na dobę, jest już biegunką, gdy tymczasem stolec uformowany, powtarzający się wiele razy w ciągu dnia, powinien być kwalifikowany jako „wypróżnienie frakcjonowane“, jak to ma miejsce przy kurczu zwieracza odbytu, przy hemoroidach itd.

W diagnozie **„colitis“** specjalne znaczenie ma rektoskopia, która pozwala naocznie obejrzeć określony odcinek błony śluzowej jelita. Szczególną wagę ma rektoskopia dla ustalenia przewlekłej dyzenterii.

PROFILAKTYKA przewlekłych nieżytów jelita grubego sprowadza się do tego, aby usuwać wszelkie zewnątrz- i wewnątrzustrojowe momenty, które obciążają funkcję jelita. Przede wszystkim należy walczyć z zaparciem nawykowym. Spożywanie pokarmów zawierających dużo błonnika — czarnego chleba, jarzyn i owoców, zapewnia człowiekowi codzienne, normalne wypróżnienie i przeciwdziała zastojowi w jelicie, zatrzymaniu gazów itd. Niewłaściwie postępują matki, które latami karmią swoje dzieci tylko bulionem, mięsem siekanym i przecieranym oraz białymi bułeczkami. Od wczesnego dzieciństwa trzeba koniecznie przyuczyć dzieci do racjonalnego odżywiania, do spożywania potraw cięższych, a także w czasie posiłków zapewnić im niezbędny spokój fizyczny i psychiczny. Regularność i właściwy dobór pokarmów zapewniają normalne trawienie i zapobiegają schorzeniom jelit. Ogromne znaczenie pod tym względem ma także wczesne leczenie chorób żołądka, wątroby, trzustki i zębów, ponieważ od tego wszystkiego zale-

ży dokładne przygotowanie pokarmu do trawienia.

Bardzo ważne jest przestrzeganie zasad higieny pracy i sanitarnych warunków bytowych. Mycie rąk przed jedzeniem, staranne zmywanie i wyparzanie naczyń, czystość na stole jadalnym, ochrona produktów żywnościowych przed muchami, kurzem i zepsuciem — ma szczególnie doniosłe znaczenie, gdyż bakterie i pasożyty dostają się do jelit głównie przez usta wraz z pokarmem. Niedopuszczalne jest używanie do potraw zepsutego mięsa, zjełczałych przetworów mlecznych, niedojrzałych owoców i jarzyn, zwłaszcza latem. Wszystko to bardzo sprzyja powstawaniu ostrych nieżytów jelitowych i zaostrzeniu przewlekłych.

LECZENIE przewlekłych nieżytów jelita grubego powinno być indywidualne, zawsze z uwzględnieniem etiologii. W leczeniu należy brać pod uwagę, że funkcja naszego jelita zależy od mnóstwa odruchów warunkowych i bezwarunkowych.

W leczeniu przewlekłego nieżytu jelita grubego, przebiegającego z biegunkami, bardzo ważne znaczenie ma wzbogacanie ustroju w witaminy zwłaszcza z grupy B. Klinicyści radzieccy **R. A. ŁURIA**, **M. J. PEWZNER** i in. stwierdzili, że u osób cierpiących na długotrwałe biegunki z reguły ulega zakłóceniu r ó w n o w a g a w i t a m i n o w a u s t r o j u i z tego względu wzrasta zapotrzebowanie na witaminy. Niekiedy prawidłowe leczenie pozostaje bez efektu tylko dlatego, że chory nie otrzymuje dostatecznej ilości witamin. Z tejże przyczyny długotrwałe biegunki doprowadzają do wyniszczenia. Witaminy B i C znajdują się w mięsie, rybach, maśle, owocach i jarzynach. Produkty tego rodzaju należy chorym podawać w dostatecznej ilości, po odpowiednim przyrządzeniu, trzeba jednak wziąć pod uwagę, że czasami chorzy na **„colitis“** źle znoszą kwaśne owoce i jagody, jak cytryny, jabłka, żurawiny itp. W każdym więc przypadku konieczne jest podejście indywidualne oraz baczna obserwacja, jak na danego chorego działają takie czy inne owoce, jarzyny i jagody.

Że względu na to, że przy nieżytach jelita grubego prawie zawsze odbywa się tam proces fermentacji, chorym takim przepisuje się d i e t ę b i a ł k o w ą z o g r a n i c z e n i e m w ę g l o w o d a n ó w, które powodują fermentację. Stosowanie leków, zapisywanie środków przeciwbólowych, zapierających czy przeczyszczających może trwać tylko pewien określony czas i o b o w i ą z k o w o p r z y z a c h o w a n i u o d p o w i e d n i e j d i e t y. Bez reżimu dietetycznego leczenie farmakologiczne nie może dać pożądanych wyników.

Mówiąc o leczeniu nieżytu jelita grubego należy napiętnować chorych, którzy jak tylko mają biegunkę natychmiast uciekają się do preparatów sulfonamidowych, pozostając na zwykłym pożywieniu. Tylko racjonalna i wytrwała kuracja daje dobry i trwały efekt.

ROLA pielęgniarki w leczeniu przewlekłych nieżytów jelita grubego jest bardzo wielka. Przede wszystkim pielęgniarka powinna uważać, aby chorzy wypełniali zlecenia lekarskie we wszystkich szczegółach. Koniecznie trzeba śledzić za tym, aby choremu nie „przemycano“ z domu artykułów zabronionych, a inne produkty, żeby się nie gromadziły i nie psuły w szafkach.

Dla diagnostyki nieżytów jelita grubego szczególne znaczenie ma p r a w i d ł o w e p o b i e r a n i e k a ł u d o a n a l i z y; należy go pobierać do czystego, szklanego naczynia z wieczkiem i do chwili odesłania do laboratorium przechowywać w miejscu o umiarkowanej temperaturze.

W razie podejrzenia obecności pasożytów jelitowych (ameby itp.) należy pobierać kał do czystego, suchego naczynia zaraz po wypróżnieniu, aby jeszcze ciepły trafił do laboratorium. Jeśli laboratorium mieści się gdzieś daleko, naczynie z kałem przed wysłaniem trzeba starannie opakować w watę.,

Przed badaniem kału na obecność pierwotniaków nie wolno go pobierać po lewatywie, ponieważ od wody one giną. Jeśli chory przechodził rentgenowskie badanie żołądka lub jelit, dopiero po 3 — 4 dniach można pobrać kał do analizy, żeby być pewnym, iż nie zawiera śladów barytu, gdyż baryt zagęszcza kał i utrudnia badanie. Jeżeli kał do badania na pierwotniaki jest twardy, to żywych ameb nigdy się tam nie znajdzie, najwyżej można tylko wykryć twarde otoczki cyst, co dla kliniki ma znaczenie niewielkie.

Bardzo ważne znaczenie dla diagnostyki nieżytów jelita grubego ma z e w n ę t r z n y w y g l ą d k a ł u. Do obowiązków pielęgniarki należy opisanie lekarzowi wszystkich zewnętrznych cech, jakie miał kał oddany do anlizy. Nie mówiąc już o domieszkach takich, jak śluz, krew itp., bardzo ważna z punktu widzenia diagnostyki jest także postać kału. Nawet dobrze sformowany kał może nie być normalny, jeśli jest mały pod względem objętości. Należy zwrócić uwagę na twardość mas kałowych, na stosunek części płynnej do stałej, na kał w kształcie kulek itp. Jeśli kał jest rzadki, to w tym wypadku ważna jest objętość mas kałowych, kolor, zapach — kwaśny czy zgniły — połysk na ich powierzchni, co by wskazywało na nadmiar tłuszczu. Rzadki kał przechowywany w spokoju nie zmienia swojej postaci (po zażyciu soli przeczyszczającej kał jest także rzadki, ponieważ woda z tkanek przechodzi do jelit), ale po pewnym czasie stałe części osiadają na dnie, a nad nimi gromadzi się warstwa przeźroczystego płynu. Po tym można zawsze poznać, czy po podaniu leku czyszczącego pacjenta przeczyściło dobrze czy nie.

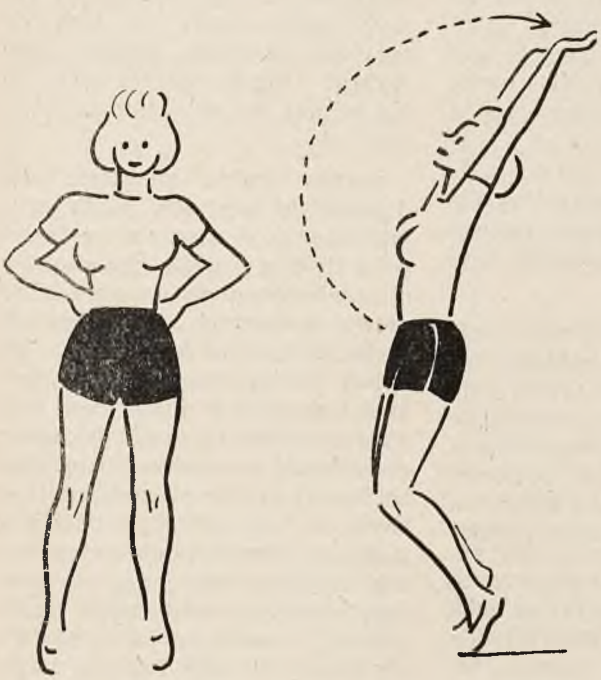
W razie podejrzenia na dyzenterię pobiera się kał na posiew do naczyń z różnymi mieszaninami konserwującymi. Ma się rozumieć, że przy tym muszą być zachowane warunki zupełnej jałowości. Od chwili pobrania kału do wykonania posiewu nie może minąć więcej niż 15—18 godzin, gdyż przekonano się, że im wcześniej materiał idzie na posiew, tym więcej jest szans na pozytywny wynik badania.

Oprac. dr W. L.

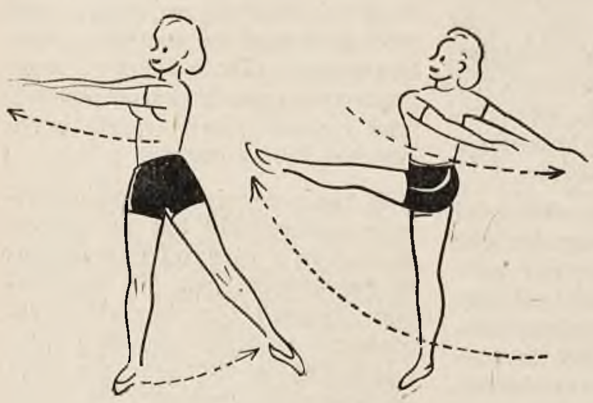
W trosce o swoje zdrowie (II)

WZORZEC NR 2

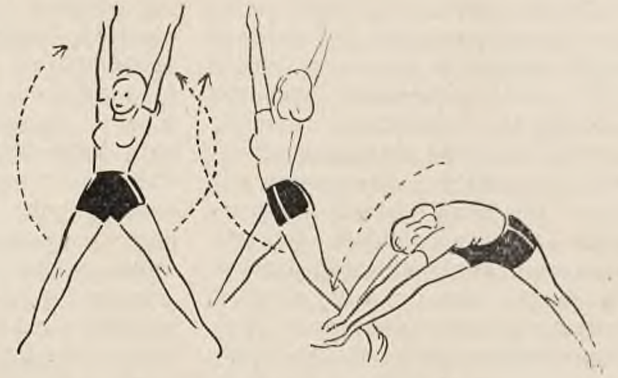
— obejmuje zbiór ćwiczeń nieco trudniejszych dla osób od lat 16 do 50.



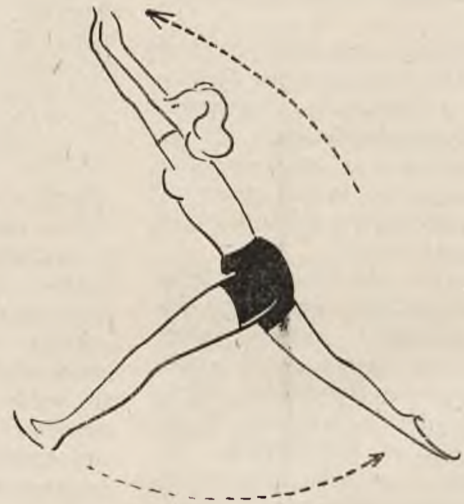
1. Swobodnie w małym rozkroku, ręce na biodra (ryc. 1a), lekki przysiad, kolana wprzód, z energicznym wymachem ramion przodem w górę (ryc. 1b). Powrót do postawy (1a). Wykonać płynnie 6 do 8 razy.



2. Z postawy odstawienie nogi w tył, unieść równolegle ramiona w bok, unieść w przeciwną stronę (ryc. 2a), następnie zamach nogi odstawionej ze skrętem tułowia i zamachem ramion w przeciwną stronę (ryc. 2b).



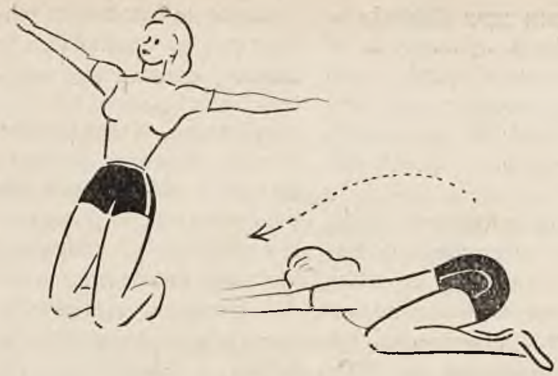
3. Podskokiem rozkrok, ramiona bokiem w górę (ryc. 3a), skręt tułowia w prawo (ryc. 3b) i skłon tułowia na prawą nogę; dotknąć rękami stopy. Powrót do postawy w rozkroku z ramionami w górze i skręt tułowia na lewą nogę. Wykonać 8 razy.



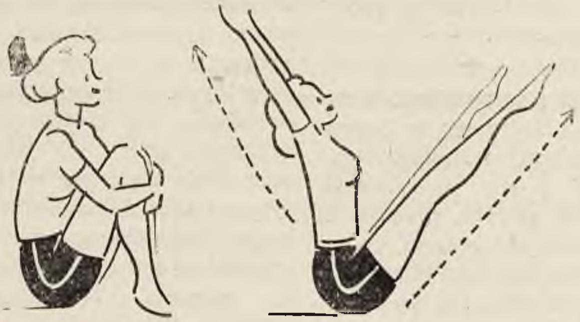
4. Z postawy zasadniczej skłon tułowia w przód, ramiona wyciągnięte, lewa noga uniesiona w górę, możliwie wyprostowana w kolanie (ryc. 4). W pozycji 4 wytrzymać jak najdłużej (3 do 8 sekund), powrót do postawy. Zmiana nogi. Wykonać 4 razy.



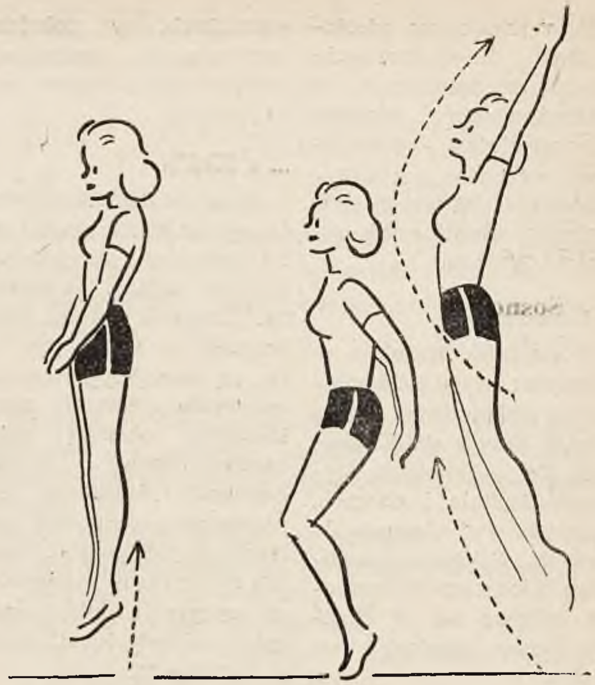
5. Klęk, ręce na tyle głowy (ryc. 5a), odchylenie tułowia do tyłu z zamachem ramion (ryc. 5b). Wykonać 6 do 8 razy.



6. Klęk w lekkim rozkroku, ramiona w bok (ryc. 6a), złożenie się płaskie, ramiona w przód (ryc. 6b). Wykonać do 8 razy.



7. Siad, kolana ściągnięte, dłonie złożone (ryc. 7a), wyrzut nóg w przód — w skos (rozkroczenie), wymach ramion bokiem w górę (ryc. 7b). Wykonać 6 do 8 razy.



8. Z podstawy 2 miękkie elastyczne podskoki (ryc. 8a), przy trzecim lekki przysiad, ręce za siebie (ryc. 8b) — odbicie i mocny wyskok w górę z zamachem ramion przodem w górę (ryc. 8c). Wykonać 4 do 8 razy.

9. Marsz — może być w miejscu — śpiew — pełny ruch ramion i nóg.

c.d.n. **E. A.**

Korespondenci piszą

... ze Stalinogrodu

Stalinogrodzki Ośrodek Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK mieści się w barakach przy ul. Bielskiej. Stare, liczące po 12 lat baraki zamortyzowały się dawno i dziś są najnieodpowiedniejszym lokalem na cel, jakiemu służą. Liczne braki i niedogodności lokalu Ośrodka Szkolenia utrudniają pracę personelowi Ośrodka i słuchaczkom, przysparzając wiele kłopotów.

Stalinogrodzki Ośrodek Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK jest wyposażony w dość dużą bibliotekę, adapter i aparaty radiowe.

Zważywszy na trudności, z jakimi walczy Ośrodek, trzeba z uznaniem podkreślić wyniki szkolenia pielęgniarek PCK w tym Ośrodku, porządek, czystość, ład, organizację pracy słuchaczek oraz dobrze przemyślany plan zajęć.

Mimo ciasnoty lokalowej i związanych z tą ciasnotą trudności, baraki Ośrodka: sale wykładowe, pokoje mieszkalne, zabiegowe i pomieszczenia gospodarcze lśnią czystością.

Kierownictwo szpitali, w których praktykują słuchaczki Ośrodka podkreśla ich zdyscyplinowanie, oddanie pracy i staranność.

✦

Szkolenie młodszych pielęgniarek w *Stalinogrodzkim Szpitalu Ginekologiczno-położniczym* rozpoczęło się dopiero 19 listopada u. r. Szkolenie odbywa się 2 razy w tygodniu, frekwencja na wykładach jest dobra. Szkolenie zawodowe w tym Szpitalu jest jednak jedynym szkoleniem, prowadzonym dla pielęgniarek, nie odbywa się tu ani szkolenie specjalistyczne, ani szkolenie ideologiczne.

Aby wychować kadry pełnowartościowych pielęgniarek, dyrekcja Stalinogrodzkiego Szpitala Ginekologiczno - położniczego powinna postarać się o wprowadzenie dodatkowo szkolenia specjalistycznego i ideologicznego.

Na terenie Szpitala działają liczne organizacje społeczne, jednak wyrobienie społeczne pracowników Szpitala pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Dotyczy to zarówno pielęgniarek, wśród których spotyka się wielu pracowników niezdyscyplinowanych, jak i lekarzy, którzy mają do pielęgniarek podobny stosunek, jak zatrudnione w tym Szpitalu siostry zakonne: niechętnie udzielają instrukcji, nie przychodzą z pomocą pielęgniarkom w zdobywaniu wyższych kwalifikacji, odnoszą się do nich nieodpowiednio.

Systematyczne szkolenie ideologiczne personelu szpitalnego niewątpliwie podniesie poziom wyrobienia społecznego całego personelu, a zatem zmieni zarówno jego stosunek do pracy jak i współpracowników.

Poza szkoleniem ideologicznym, dla uzdrowienia stosunków panujących w stalinogrodzkim Szpitalu Ginekologiczno - położniczym, niezbędne jest zaktywizowanie organizacji społecznych, działających na terenie Szpitala.

... z Sosnowca

W Szpitalu Miejskim w Sosnowcu pracuje 20 młodszych pielęgniarek. Absolwentki kursów PCK pracują ku zadowoleniu dyrekcji Szpitala i chorych, mają właściwy stosunek do chorych. Szkolenie zawodowe młodszych pielęgniarek odbywa się. W Szpitalu panuje czystość i porządek.

Trudnością w pracy pielęgniarek zatrudnionych w Szpitalu Miejskim w Sosnowcu jest między innymi brak stołów w dyżurce sióstr. Stół zastępuje kozetka, na której czyni się przygotowania do zabiegów.

... z Siemianowic

W Szpitalu Ginekologicznym *w Siemianowicach* pracuje 60 absolwentek kursów PCK. Wśród tych 60 pielęgniarek 75% pracuje dobrze ,praca i zachowanie się reszty pozostawiają wiele do życzenia. Dyrekcja Szpitala skarży się na ich nieobowiązkowość, lekceważenie pracy oraz nieprzestrzeganie czystości na oddziałach.

Szkolenie młodszych pielęgniarek w Siemianowicach zostało przerwane z braku frekwencji. Stanowisko władz Szpitala budzi zastrzeżenia, brak bowiem frekwencji na wykładach powinien skłonić dyrekcję Szpitala do przeanalizowania jego przyczyn i zastosowania środków zaradczych, nie zaś do przerwania szkolenia.

Pielęgniarki Szpitala w Siemianowicach mieszkają przy Szpitalu w dobrych warunkach, w pokojach ogrzewanych, zaopatrzonych w ciepłą i zimną wodę bieżącą.

... z Koźla

Dyrekcja Szpitala Powiatowego w Koźlu skarży się na młodsze pielęgniarki, których szpital zatrudnia 24. Młodsze pielęgniarki Szpitala w Koźlu pracują źle, są niezdyscyplinowane, lekceważą wskazania przełożonych, okazują małe zainteresowanie pracą. Szkolenie zawodowe jest prowadzone w Szpitalu, ale młodsze pielęgniarki chodzą na wykłady niechętnie, nie wykazując ambicji zdobycia pełnych kwalifikacji pielęgniarskich.

Wydział zdrowia Prezydium PRN w Koźlu oraz inspektorka szkolenia zawodowego w Zarządzie Wojewódzkim PCK w Opolu powinni zwrócić baczną uwagę na tę bolączkę Szpitala.

... z Raciborza

W ciężkich warunkach pracują pielęgniarki w Szpitalu Miejskim *w Raciborzu.* Mała liczba pielęgniarek w tym Szpitalu pociąga za sobą konieczność pełnienia przez nie dyżurów niedzielnych po 14 i 15 godzin, przy czym ani w tygodniu, ani bezpośrednio po dyżurze pielęgniarki nie otrzymują dni wolnych. Szkolenie zawodowe jest w Szpitalu prowadzone, ale w pracy dyplomowane pielęgniarki niechętnie udzielają instrukcji pielęgniarkom młodszym. Stosunek pielęgniarek dyplomowanych do pielęgniarek młodszych jest w raciborskim Szpitalu zły, nacechowany niechęcią i lekceważeniem. Ze strony dyrekcji Szpitala nie widać wysiłków zmierzających do poprawienia tego stanu rzeczy.

4 młodsze pielęgniarki spośród 24 zatrudnionych w raciborskim Szpitalu mieszkają przy Szpitalu w warunkach opłakanych: w nieopalonych przez całą prawie zimę pokojach, wyposażonych w zniszczone, niekompletne umeblowanie.

Wśród młodszych pielęgniarek w Szpitalu w Raciborzu znajduje się kilka jednostek zarówno nieodpowiednio pracujących jak i zachowujących się. Większość jednak młodszych pielęgniarek Szpitala Miejskiego w Raciborzu wywiązuje się dobrze ze swych obowiązków.

✦

Słabe wyposażenie Szpitala Klinicznego w *Zabrzu* w znacznym stopniu utrudnia pracę pielęgniarek, wśród których pracują 33 młodsze pielęgniarki. Absolwentki kursów PCK pracują dobrze, ich zachowanie i stosunek do chorych nie budzą zastrzeżeń. Dziwi nas wiadomość, że pielęgniarki Szpitala Klinicznego w Zabrzu muszą prać służbowe fartuchy i czepki własnym kosztem, a dyrekcja Szpitala nie wydaje pielęgniarkom nawet mydła do tego celu.

Szkolenie zawodowe dla młodszych pielęgniarek jest zorganizowane, jednak frekwencja na wykładach jest słaba.

... z Istebnej

Poważne zastrzeżenia budzi w *Sanatorium Przeciwgruźliczym w Istebnej* fakt, iż personel Sanatorium nie jest badany przy przyjęciu do pracy, jak również brak badań okresowych, karty zdrowia personelu nie są prowadzone. Badani są tylko pracownicy skarżący się na odczuwane dolegliwości. Wziąwszy pod uwagę, że pracują tam 53 młodsze pielęgniarki w wieku od 17 - 21 lat, niedopatrzenie ich stanu zdrowia może pociągnąć za sobą poważne konsekwencje.

Szkolenie młodszych pielęgniarek w Sanatorium w Istebnej odbywa się, szkolenie ideologiczne nie jest prowadzone. W Sanatorium panuje wzorowy stosunek lekarzy i pielęgniarek dyplomowanych do pielęgniarek młodszych, opieka zawodowa pozostawia nieco do życzenia: pielęgniarki pracują niejednokrotnie po 3 lata w Sanatorium, nie mając możności przeniesienia się do innego szpitala dla pogłębienia swych kwalifikacji. Stosowana w Istebnej wymiana młodszych pielęgniarek między poszczególnymi oddziałami Sanatorium, nie zastąpi im praktyki szpitalnej. Niezrozumiała staje się w tej sytuacji decyzja wicedyrektora Sanatorium, który wycofał pismo do Wydziału Zdrowia Prezydium WRN w Stalinogrodzie w sprawie przesunięcia pielęgniarek zatrudnionych w Santorium do szpitali. Trzeba podkreślić, że wszystkie absolwentki kursów PCK domagają się, w zrozumieniu własnych interesów, przeniesienia do szpitali dla uzupełnienia kwalifikacji pielęgniarskich.

Część młodszych pielęgniarek z Sanatorium Przeciwgruźliczego w Istebnej mieszka przy Sanatorium — w warunkach dobrych, po 2 — 3 w pokoju.

✦

Na terenie województwa stalinogrodzkiego pracuje w lecznictwie zamkniętym i otwartym około 2 tysiące młodszych pielęgniarek. Na ogół pielęgniarki te przechodzą szkolenie zawodowe, frekwencja jednak na wykładach nie we wszystkich szpitalach jest zadowalająca, jak również nie we wszystkich szpitalach następuje właściwa wymiana młodszych pielęgniarek między poszczególnymi oddziałami.

m. k.

Kronika

Z kraju

INOWROCŁAW

W inowrocławskim szpitalu zorganizowano systematyczne dokształcanie młodszych pielęgniarek. Szkolenie odbywa się co wtorek, w godzinach od 19.30 do 21.30. Wykładowcami są lekarze tutejszego szpitala, którzy rozumieją pilną potrzebę dostarczenia służbie zdrowia wykwalifikowanych sił pielęgniarskich. Na szkolenie uczęszcza 72 młodsze pielęgniarki, pracownice szpitala i lecznictwa otwartego z terenu Inowrocławia.

Z inicjatywy Podstawowej Organizacji Partyjnej, Dyrekcji i Rady Miejscowej zorganizowano dla pracowników trzy kursy ideologiczne: stopnia I, II i III. Na kursy te uczęszcza 57 pracowników, wykładowcami są tow. tow.: Konopiński, Cikacz i Górski. O wynikach szkolenia świadczy wysoki poziom wypowiedzi w dyskusjach oraz szeroko zakrojona praca agitacyjna słuchaczów kursów w akcjach państwowych i społecznych.

Dnia 16.I. br. odbyły się egzaminy z kursu języka rosyjskiego, na który uczęszczało 15 pracowników.

G. K.

Ponieważ w korespondencji swej nie podaje nam Koleżanka jak przebiega szkolenie młodszych pielęgniarek, Redakcja prosi o dane bardziej szczegółowe, a mianowicie:

a) czy szkolenie odbywa się regularnie,
b) jaki procent młodszych pielęgniarek uczęszcza systematycznie na wykłady,
c) jakie są powody nieobecności,
d) jak kolektyw młodszych pielęgniarek walczy z niedociągnięciami koleżanek?

REDAKCJA

Z zagranicy

ZSRR

Rok 1952 był w ZSRR rokiem dalszego rozwoju ochrony zdrowia o czym najlepiej świadczy wysokość sum przeznaczonych na rozbudowę i utrzymanie zakładów leczniczych: w roku 1951 wydatkowano na ten cel 26,4 miliarda rubli, w roku zaś 1952 — 27,7 miliarda rubli.

W okresie ostatniego planu 5-letniego liczba łóżek szpitalnych powiększyła się o 20%, sanatoryjnych — o 15%; liczba miejsc w domach wypoczynkowych wzrosła o 30%, a w żłobkach o 20%. Obecnie w ZSRR pracuje około 300 tysięcy lekarzy i 900 tysięcy pracowników średniego personelu medycznego.

Piąty plan 5-letni przewiduje dalszy rozwój ochrony zdrowia w ZSRR. Równolegle ze wzrostem liczby łóżek szpitalnych i sanatoryjnych muszą wzrastać zarówno liczbowo jak i jakościowo kadry pracowników służby zdrowia. W r. 1952 otworzono 24 nowe szkoły pielęgniarstwa, a w początku r. 1953 otworzono wieczorowe kursy dla pielęgniarek, laborantów i tecchników dentystycznych. Okres nauki w szkołach felczersko - akuszeryjnych przedłużono z 3 do 4 lat, a w szkołach pielęgniarstwa dziecięcego z 2 do 3 lat.

✦

Archangielsk jest najdalej wysuniętym portem na północy ZSRR leżącym nad brzegiem Morza Białego. Niedaleko portu wznosi się piękny, 4-piętrowy budynek, w którym mieści się Centralna Przychodnia obsługująca marynarzy i rybaków. Obok wielkiego oddziału fizjoterapii istnieje również specjalna poradnia dla młodzieży, z której korzystają uczniowie szkół morskich oraz młodzi pracownicy portowi i okrętowi. Centralna Poradnia współpracuje ściśle z pobliskim szpitalem posiadającym wszystkie oddziały specjalistyczne. Pielęgniarki tych dwóch zespolonych zakładów leczniczych stale uzupełniają swe wiadomości zawodowe zarówno praktycznie jak i teoretycznie — drogą comiesięcznych zebrań, na których dzielą się swymi spostrzeżeniami.

✦

W lutym br. wskutek silnych burz i gwałtownych deszczów wybrzeża Anglii uległy zatopieniu, przy czym zginęło ponad 3.000 ludzi, a więcej niż 50.000 straciło swe mienie i znalazło się bez dachu nad głową. W tym czasie gwałtowne sztormy nawiedziły wybrzeża Holandii, powodując również olbrzymie powodzie. Wiele tysięcy hektarów uprawnej ziemi znalazło się pod wodą, ponad 1.400 osób straciło życie, a około 700.000 utraciło swe mienie i mieszkanie.

Wszechrosyjski Związek Związków Zawodowych, Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i Półksiężyca oraz wiele innych organizacji społecznych przekazało na pomoc dla ofiar powodzi w Anglii 90.000 funtów szterlingów, a dla ludności Holandii — na Fundusz Pomocy Narodowej — 1 milion guldenów.

Przewodniczący Stowarzyszenia Przyjaźni Angielsko - Radzieckiej oraz mer Londynu przesłali do wymienionych organizacji radzieckich depesze z podziękowaniem za okazaną pomoc.

Większość dzienników angielskich i holenderskich zamieściło wiadomości o hojnej pomocy, a londyński „Times" poświęcił temu tematowi wstępny artykuł redakcyjny.

Wiedeń — marzec 1953

22 marca br. nastąpiło w Wiedniu otwarcie MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI W OBRONIE PRAW MŁODZIEŻY. Wiedeń w ciągu 6 dni stał się stolicą młodzieży, młodzieży białej i kolorowej, młodzieży już wyzwolonej i tej, która o wyzwolenie walczy.

Wielojęzyczny tłum młodych zebrał się tu, by bez względu na różnicę poglądów politycznych i wierzeń religijnych walczyć o świętą sprawę pokoju, o swą szczęśliwą przyszłość, o prawo do nauki, pracy, zdrowia i kultury.

Owacyjnie witano delegację komsomołu — szturmowego oddziału młodzieży walczącej o pokój. Jej delegat, Lewczenko, mówił:

„W te dni, w których przestało bić serce największego Człowieka naszej epoki, Wielkiego Przyjaciela i Wodza pracujących całego świata, Wielkiego Przyjaciela i Obrońcy młodzieży wszystkich krajów, ukochanego przez nas Stalina, my, radzieccy chłopcy i dziewczęta jeszcze raz powtarzamy nieśmiertelne słowa Wielkiego Stalina.

Niech żyje pokój między narodami!

Precz z podżegaczami wojennymi".

Radośnie witano delegatów młodzieży państw demokracji ludowych, a przemawiającym Polakom czyniono burzliwe owacje.

Nie bacząc na zakazy i represje, przedzierając się przez granice i kordony policji, przybyli na konferencję przedstawiciele krajów kapitalistycznych, którym rządy, tępiące wszelkie przejawy walki o pokój, zakazały wyjazdu do Wiednia. Przybyli przedstawiciele Francji i Włoch, Anglii i Holandii, Chile i Niemiec zachodnich, Danii i Japonii, Finlandii i Egiptu. Przybyli także delegaci Indonezji, Vietnamu i Malajów — witani owacyjnie przez zebraną młodzież, a w szczególności przez delegatów młodzieży Holandii, Francji i Anglii, tej młodzieży, która wrogą wobec wojennej polityki swych rządów postawą wykazuje solidarność z walczącymi o wolność ludami.

Jakże różnią się przemówienia delegatów krajów obozu pokoju i krajów kapitalistycznych. Z jakim entuzjazmem i głęboką radością mówią o swym życiu, nauce, pracy i rozwoju kulturalnym młodzi chłopcy i dziewczęta kraju, który buduje komunizm, krajów demokracji ludowej, z jaką nienawiścią o skutkach przygotowań wojennych — bezrobociu i wyzysku młodocianych — mówią delegaci krajów, gdzie walka o pokój jest przestępstwem ściganym przez sądy, jakże gorące jest ich dążenie do lepszego jutra. Ileż zapału brzmi w słowach delegatów Indonezji, Vietnamu i Malajów, gdy mówią o swym dążeniu do wolności, ileż wiary w jedność młodzieży świata walczącej o pokój.

Przez wszystkie wypowiedzi dyskutantów przewijała się jedna główna myśl, zasadnicza treść: obowiązkiem wszystkich młodych ludzi, którzy chcą walczyć o poprawę swych warunków materialnych i kulturalnych — jest **walka o utrzymanie pokoju.**

Taki był sens wypowiedzi delegata komsomołu, Lewczenki, kierowniczki jednej z katolickich organizacji Chile, Frontanilat, przedstawiciela młodzieży polskiej, Strzałkowskiego, przedstawiciela młodzieży Niemiec zachodnich, Schnabena...

„My budujemy szczęśliwe, piękne życie i dlatego niezbędny jest dla nas pokój" — powiedział Tadeusz Strzałkowski — wśród owacyjnych, burzliwych oklasków sali.

Szeroko poruszano na konferencji zagadnienia dotyczące bytu i zdrowia młodzieży krajów kapitalistycznych. Nędza mieszkaniowa, bezrobocie, wyzysk małoletnich, brak warunków do odpoczynku i uprawiania sportów, niedostateczna opieka lekarska — oto skutki polityki rządów, które ogromną większość swoich budżetów przeznaczają na zbrojenia wojenne.

Konferencja nie ograniczała się do podsumowania ciężkich warunków bytu młodzieży w krajach imperialistycznych. Podsumowała także jej osiągnięcia na polu walki z polityką przygotowań do nowej wojny, na polu walki o pokój — w ramach wielkiego światowego obozu pokoju.

Parlament młodych obradujących w Wiedniu w czasie Światowego Tygodnia Młodzieży przeciwstawił wojennej propagandzie walkę młodzieży całego świata o pokój i kulturę, walkę przeciw zrywaniu więzów kulturalnych między narodami. **„Młodzieży, łącz się w walce o swe prawa — o pokój"** — brzmiało hasło konferencji w Obronie Praw Młodzieży.

✦

Młodzież polska obchodziła Swiatowy Tydzień Młodzieży pod znakiem realizacji idei genialnego Nauczyciela i Wodza mas pracujących — Józefa Stalina.

W uniwersyteckich miastach Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej odbywały się liczne spotkania młodych robotników, chłopów, studentów i żołnierzy Ludowego Wojska Polskiego ze studiującą w Polsce młodzieżą z zagranicy.

Spotkania te odbywały się w atmosferze przyjaźni i serdeczności, w atmosferze zbratania i solidarności z walczącą o pokój młodzieżą całego świata.

Studenci chińscy, czescy i koreańscy, węgierscy i bułgarscy wraz z młodzieżą polską w wystąpieniach swych wyrażali niezłomną wolę walki o pokój, o zbudowanie lepszego życia w myśl wskazań Wielkiego Stalina.

Zarząd Główny ZMP, z okazji Światowego Tygodnia Młodzieży i obrad Międzynarodowej Konferencji w Obronie Praw Młodzieży przesłał serdeczne słowa pozdrowienia dla młodych bojowników o pokój.

W depeszy przesłanej na ręce Światowej Federacji Młodzieży Demokratycznej czytamy:

„Z okazji Światowego Tygodnia Młodzieży i Międzynarodowej Konferencji w Obronie Praw Młodzieży przesyłamy Wam, a za Waszym pośrednictwem całej postępowej młodzieży świata, nasze gorące, braterskie pozdrowienia oraz życzenia dalszych sukcesów w dziele pogłębienia jedności i przyjaźni młodego pokolenia w walce o pokój i prawa młodzieży.

Wspólnymi siłami pokrzyżujemy zbrodnicze plany rozpętania nowej wojny przez anglo-amerykańskich imperialistów. Złączeni braterstwem i wspólnym celem wygramy walkę o pokój".

A. B.

W księgarniach i kioskach

RATOWNICTWO W ZATRUCIU BOJOWYMI ŚRODKAMI CHEMICZNYMI. Praca Zbiorowa pod redakcją Prof. dr *Marcina Kacprzaka*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa. 1952. Str. 220. Cena zł 12.

Broń chemiczna znana była już w starożytności Grekom i Rzymianom, a nawet wcześniej — znana była również ludom pierwotnym w formie zatruwania strzał i innych pocisków. Wiele związków chemicznych o działaniu trującym poznano bardzo dawno i od dawna doceniano możliwość stosowania ich w celach wojennych. Wyrazem tego, że zdawano sobie sprawę z niebezpieczeństwa użycia takiej broni były międzynarodowe konwencje w Hadze, w roku 1899 i 1907, na mocy których państwa należące do tych konwencji zobowiązywały się do nie stosowania broni chemicznej.

Podczas pierwszej wojny światowej, wiosną roku 1915 armia niemiecka zastosowała środki chemiczne po raz pierwszy jako broń masowej zagłady. Od tej chwili datuje się masowa produkcja bojowych środków chemicznych i poszukiwanie coraz nowych związków o jeszcze większym działaniu toksycznym. Wszystkie państwa, biorące udział w pierwszej wojnie światowej, z jednej strony wytężały siły w poszukiwaniu nowych związków chemicznych, które można zastosować jako środki bojowe, z drugiej zaś strony czyniono poszukiwania za znalezieniem środków ochrony.

Bojowe środki chemiczne stały się bronią masowej zagłady, wymierzone nie tylko przeciw walczącym armiom, ale w takim samym, a może nawet większym stopniu, przeciw ludności cywilnej.

W dobie obecnej, gdy imperializm anglo-amerykański stawia nam przed oczy widmo nowej wojny, wojny niewątpliwie totalnej, zagrażającej całej ludności jest rzeczą niezmiernej wagi zapoznać jak najszersze warstwy społeczeństwa z bronią chemiczną, jej skutkami i środkami ochrony.

W piśmiennictwie polskim od dawna odczuwało się brak prac z dziedziny ratownictwa i ochrony przed chemicznymi środkami bojowymi. Brak było również źródeł, które by zaznajamiały z rodzajami bojowych środków chemicznych, sposobami stosowania, działaniem itd. Dawne na ten temat prace były albo ściśle fachowe, a więc niedostępne dla ludzi bez specjalnego przygotowania, albo też zbyt popularne, dające bardzo słabe wyobrażenie o całości zagadnienia.

Wydana przez PZWL praca zbiorowa pod redakcją Prof. dr *Marcina Kacprzaka* „Ratownictwo w zatruciu bojowymi środkami chemicznymi" wypełnia tę lukę.

Wbrew tytułowi, który zapowiada raczej dość wąskie potraktowanie tematu, kisążka zapoznaje czytelnika z wielu zagadnieniami związanymi z pojęciem „bojowych środków chemicznych".

Książkę można podzielić na trzy części. Część pierwsza, którą możnaby określić jako „systematykę" bojowych środków chemicznych, daje czytelnikowi dokładny przegląd znanych na ogół związków chemicznych, mogących mieć zastosowanie w akcji bojowej.

Autor, Prof. dr *Piotr Kubicki*, przedstawia czytelnikowi strukturę chemiczną poszczególnych środków bojowych, ich właściwości fizyczne oraz działanie na żywe organizmy. Każdy z omawianych bojowych środków chemicznych jest dokładnie scharakteryzowany pod względem toksyczności, czasu i zasięgu działaniu.

W części drugiej, obejmującej fizjologię patologiczną i klinikę zatruć bojowymi środkami chemicznymi poznajemy działanie broni chemicznej na cały organizm i na poszczególne narządy.

W rozdziale, poświęconym fizjologii i patologicznej klinice zatruć omówione są zmiany w całym ustroju wywoływane przez zatrucia oraz sposoby leczenia i pielęgnowania zatrutych. W dalszych rozdziałach znajdujemy opis działania bojowych środków chemicznych na poszczególne narządy i układy. Poznajemy związki chemiczne działające wybiórczo na dany narząd czy układ oraz środki zobojętniające trujące działanie tych związków i odpowiednie sposoby ochrony.

Część kliniczna opracowana została przez Prof. dr *Juliana Walawskiego* (fizjologia patologiczna i klinika), Prof. dr *Melanowskiego*, (uszkodzenie oczu), Prof. dr *Stefanię Jabłońską* (uszkodzenia skóry), Prof. dr *Antoniego Dobrzańskiego* (uszkodzenia górnych dróg oddechowych). Strona kliniczna potraktowana jest bardzo obszernie i wnikliwie.

Specjalny rozdział opracowany przez dr med. *Zbigniewa Semerau-Siemianowskiego* został poświęcony bojowym środkom parzącym, wśród których pierwsze miejsce zajmuje i p e r y t i l u i z y t.

Część trzecia obejmuje ratownictwo i organizację zbiorowej ochrony ludności cywilnej.

Zagadnienie ratownictwa ujęto bardzo szczegółowo. Rozdział zawiera bardzo wiele cennych wskazówek dla drużyn ratowniczych, dokładny opis niezbędnego sprzętu ratowniczego, wykaz zawartości apteczek itp. Dokładnie podano metody wykrywania gazów bojowych, sposoby sygnalizacji, budowę i urządzenia schronów, ochronę wody i produktów spożywczych. Część ta została opracowana przez dr *Mieczysława Fejgina*, dr *Edmunda Friesa* i dr *Jerzego Babeckiego*.

Trudno w tak krótkiej notatce zanalizować szczegółowo obszerną pracę. Należy podkreślić przejrzystość układu książki, prostotę i przystępność w ujęciu zarówno całości, jak i poszczególnych tematów.

Dzięki tej prostocie właśnie i równocześnie wyczerpującemu potraktowaniu przedmiotu, książka jest nie tylko podręcznikiem dla fachowej służby sanitarnej, ale w równej mierze oddać może nieocenione usługi ochotniczym drużynom ratowniczym, rekrutującym się z osób niefachowych. Ryciny i zdjęcia fotograficzne uzupełniają ciekawą i wartościową całość.

Dr J. B.

PRZEGLĄD PRASY

WIADOMOŚCI LEKARSKIE NR 2/53

M. VOIT — **Nadciśnienie tętnicze pierwotne.**

Nadciśnienie samoistne uważane przez długie lata tylko za objaw patologiczny stanowi dzisiaj określoną jednostkę chorobową, rozwijającą się głównie w następstwie nerwowego tempa życia. W ustalaniu etiologii nadciśnienia wyróżnia się dwa kierunki: jeden opiera się na mechanizmie humoralnym, drugi zaś — na realnych zasadach nerwizmu. Dotychczasowe metody leczenia zachowawczego w chorobie nadciśnieniowej okazały się nieskuteczne i w ostatnich latach leczenie metodami operacyjnymi zyskało wielu zwolenników. Przy tej chorobie autor zaleca dietę ubogą w sól i płyny, względnie dietę ryżową lub ryżowo-owocową.

T. HROBONI — **O nadwichnięciu główki kości ramieniowej u dzieci.**

Uraz tego rodzaju spotyka się wyłącznie u małych dzieci, jako skutek nieostrożnego obchodzenia się z nimi, np. huśtania, gwałtownego pociągnięcia za rączkę, zabawy w „drobną kaszkę" itp. Po nastawieniu nadwichnięcia dziecko wkrótce wraca do zdrowia i uraz ten nie pozostawia śladów.

M. MERZ — **Uczulenie penicylinowe w okulistyce.**

Niektórzy spośród chorych — wbrew utartej opinii — wykazują uczulenie na penicylinę, które objawia się w postaci odczynu miejscowego i znacznie rzadziej — ogólnego. W uczuleniu na penicylinę można wyróżnić 3 zasadnicze typy: gorączkowy, surowiczy i wypryskowy. W przypadkach uczulenia należy natychmiast przerwać dalsze podawanie penicyliny. Autor przestrzega przed nadużywaniem tego leku i radzi uciekać się do niego tylko w wypadkach koniecznych.

L. DOBROWOLSKI — **Krwawienie w gruźlicy płuc.**

Autor poddaje szczegółowej analizie przyczyny krwawienia w gruźlicy płuc i innych chorobach narządów wewnętrznych, tłumaczy na czym polega właściwe postępowanie i leczenie środkami farmaceutycznymi oraz dietą.

M. ZAJFEN — **Segregacja medyczna.**

Najważniejszym warunkiem prawidłowego leczenia etapowego z ewakuacją według wskazań jest właściwa segregacja medyczna rannych i chorych. Celem segregacji medycznej jest podział rannych i chorych na grupy według ciężkości zranień i chorób oraz kierowanie najkrótszą drogą do właściwych etapów leczniczych.

PRZEGLĄD LEKARSKI NR 2/ 53

DR J. EDER — **Zagadnienie bólu w świetle nauki Pawłowa.**

Autor opisuje mechanizm powstawania bólu, opierając się na zasadach nauki *Pawłowa*, uwzględniając związek między korą mózgu a ośrodkami pozakorowymi, podkreśla znaczenie drugiego układu sygnałów tj. słowa, a wreszcie podaje dobre wyniki uzyskane przez stosowanie w razie silnych bólów kofeiny i alkoholu etylowego.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 5/53

DR N. NASIŁOWSKI — **Znieczulenie przez oziębienie.**

Już od dawna wiedziano, że zimno działa znieczulająco na skórę, obniża przemianę komórkową, hamuje rozwój bakterii i zmniejsza wytwarzanie toksyn. Oziębienie kończyny przez zanurzenie jej przed zabiegiem w wodzie z kawałkami lodu w ciągu 1—2 godzin, zależnie od grubości tkanek, a dla palców — 20 minut, daje prawie całkowite znieczulenie. Wielu autorów zgodnie stwierdza, że przy drobnych zabiegach na palcach i dłoni znieczulenie przez oziębienie (zastrzały, odjęcie paliczka, usunięcie paznokcia) daje dobre rezultaty, chorzy znoszą je dobrze, rany goją się szybko i nie widzi się powikłań. Metoda ta daje bardzo dobre wyniki zwłaszcza u chorych na cukrzycę. Według zgodnej opinii autorów znieczulenie przez oziębienie zasługuje na szersze stosowanie.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 6/53

DR J. PETER — **Uwagi o cięciu cesarskim.**

Cięcie cesarskie dla uratowania dziecka stosowano już od r. 715 przed n. e., ale wyłącznie na kobietach zmarłych. W mitologii greckiej spotykamy wiele wzmianek o stosowaniu cięcia cesarskiego, m. in. Apollo dokonał tej operacji, aby ocalić życie Eskulapa. Od r. 1500 n. e. dokonywano cięcia cesarskiego i na kobiecie żywej. W Polsce jak podaje Gąsiorowski — po raz pierwszy spotyka się wzmiankę o dokonaniu cięcia cesarskiego w 1598 r. Obecnie dzięki udoskonaleniu techniki operacyjnej cięcie cesarskie wykonuje się stosunkowo często, prawie zawsze z pomyślnym skutkiem ratując życie dziecka i matki.

REDAKCJA: Warszawa, al. Stalina 22, Zw. Zaw. Sł. Zdr. Tel. 8-34-91. Redakcja czynna codziennie: 11—13.
ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch".

Cena pojedynczego numeru „Pielęgniarki Polskiej" wynosi 2.00 zł., prenumerata kwartalna 6.00 zł., roczna 24.00 zł.

Cena ogłoszeń: 1 str. — 2.150 zł, 1/2 str. — 1.100 zł, 1/4 str. — 600 zł, 1/8 str. — 300 zł, 1 cm² — 5 zł.

Egzemplarze archiwalne (wsteczne) czasopisma otrzymać można w PPK „Ruch", Centralna Ekspedycja — Warszawa, ul. Srebrna 12, po uprzednim wpłaceniu należności na konto PKO I-15207/110 — „Sprzedaż Archiwalna" lub w Księgarni Medycznej Domu Książki w Warszawie, ul. Mokotowska 24.

Zamówienia na prenumeratę tygodników i miesięczników są przyjmowane na okres co najmniej jednego kwartału, natomiast dwumiesięczników i kwartalników — na okres półrocza.

Druk. LSW. W-wa. Zam. 279c z dn. 3.IV.53 r. Pap. druk. sat. kl. V, 60 g. A1. Nakł. 4700 + 50 egz. 4-B-14064